



YHDESSÄ RUOKAILU NUOREN SYÖMISHÄIRIÖPOTILAAN KANSSA

Sairaanhoitajien kuvaamana

Anne Boundy
Annika Sten

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

BOUNDY, ANNE & STEN, ANNIKA:
Yhdessä ruokailu nuoren syömishäiriöpotilaan kanssa
Sairaanhoitajien kuvaamana

Opinnäytetyö 57 sivua, liitteet 9 sivua
Lokakuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kuvaamana mitä yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaan kanssa on ja mitä se sisältää. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitajien käyttämiä interventioita ja yhdessä ruokailun herättämiä tunteita. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyö tehtiin käyttämällä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto koottiin puolistrukturoidulla ryhmähaastattelulla kolmelta sairaanhoitajalta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Ryhmähaastattelussa hoitajat kertoivat omien kokemuksiensa perusteella mitä yhdessä ruokailu on ja mitä se pitää sisällään. Hoitajat kertoivat käyttämistään interventioista, sekä henkilökohtaisista tunteistaan, joita ovat yhdessä ruokailu tilanteissa kokeneet. Koko opinnäytetyöprosessin aikana käsitelimme aineistoa niin, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Tulosten perusteella jaoin yhdessä ruokailun kolmeen eri muotoon; Yhdessä ruokailu kahden kesken, yhdessä ruokailu perheen kesken, sekä yhdessä ruokailu ryhmässä. Kaikkia näitä eri muotoja käytetään syömishäiriöpotilaiden hoitotyössä osastolla. Hoitajat käyttävät yhdessä ruokailun aikana eri interventioita auttaakseen syömishäiriöpotilasta syömään ateriasuunnitelman mukaisen annoksen. Sairaanhoitajat kokevat yhdessä ruokailun vaikuttavan myös itseensä ja kuvasivat monenlaisia eri tunteita, joita yhdessä ruokailun aikana kokevat.

Opinnäytetyöstämme hoitajat voivat saada uusia näkökulmia yhdessä ruokailu tilanteisiin. Tulosten perusteella kehittämisehdotuksiksi nousi ruokailutilojen viihtyisyyden tärkeys syömishäiriö potilaan kannalta. Hoitoaikojen tulisi olla entistä pidemmät hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja perhe tulisi ottaa hoitoon mukaan yhä enemmän. Syömishäiriöpotilaiden ja hoitajien yhdessä ruokailun tulisi olla normaali käytäntö sekä avo- että osastohoidon aikana. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista saada enemmän tutkimustietoa yhdessä ruokailusta myös syömishäiriöpotilaan näkökulmasta.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

BOUNDY, ANNE & STEN, ANNIKA:
Dining Together with a Young Eating Disorder Patient
Described by Registered Nurses

Bachelor's thesis 57 pages, appendices 9 pages.
October 2011

The aim of this thesis was to gather information about how nurses' dine together with eating disorder patients and what elements the situation contains, to clarify the interventions used by nurses, and to find out what kind of personal feelings dining together generates in nurses.

This study was conducted using a qualitative research method. The data of this study were collected through a semi-structural theme interview of three registered nurses. The interview was held as a group interview. The data were analyzed using qualitative content analysis.

The results indicated that dining together with eating disorder patients was carried out in three different ways: dining privately with a patient, dining together with a patient and the patient's family members, or dining together as a group. Based upon the results, dining together included for example, receiving adequate nutrients, and discussions on patient's eating habits and anxiety. The results revealed the interventions used by nurses in dining situations, such as providing a good experience for the patient, alleviating the patient's anxiety, and creating a good example of normal eating habits. Dining together generated feelings such as understanding, frustration and satisfaction in nurses.

Overall, our study suggests that the treatment periods of eating disorders should be longer, and the model of the patient dining together with his/her family members should be developed as a treatment method.

Key words: Eating disorders, dining, anorexia, bulimia, youth

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Nuoruus	8
2.2 Syömishäiriöt	8
2.2.1 Anoreksia nervosa	9
2.2.2 Bulimia nervosa	11
2.3 Syömishäiriöpotilaan hoito	12
2.3.1 Yhdessä ruokailu	15
2.3.2 Ruokapöytäkeskustelu	16
2.3.3 Maudsleyn malli	17
2.4 Hoitajan omat tunteet	17
3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	19
4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä	20
4.2 Aineiston keruu	20
4.3 Analysointi	22
5 TULOKSET	24
5.1 Yhdessä ruokailun muodot	24
5.1.1 Eri yhdessä ruokailun muodot	24
5.2 Yhdessä ruokailun sisältö	26
5.2.1 Riittävä ravinnon saaminen	26
5.2.2 Normaalin ruokailun mallintaminen	27
5.2.3 Ruokailurituaalit ja ruokailun aikainen ahdistus	27
5.2.4 Ruokailun aikainen keskustelu	29
5.3 Hoitajan käyttämät interventiot ruokailutilanteessa	29
5.3.1 Hyvän kokemuksen luominen	29
5.3.2 Hoidon tavoitteen mieleen palauttaminen	31
5.3.3 Käyttäytymisen ohjaaminen sanallisesti	32
5.3.4 Yksilöllisesti toimiminen	33
5.3.5 Esimerkin näyttäminen	33
5.3.6 Keskustelun kautta ajatusten pois siirtäminen ruokailutilanteesta	34
5.4 Hoitajien tunteet	35
5.4.1 Realistisuus ja mielenkiinto	35
5.4.2 Ymmärrys ja myötätunto	36
5.4.3 Turhautuminen ja keinottomuus	37
5.4.4 Työn haasteiden tuoma väsymys	38
5.4.5 Tyytyväisyys	39
5.4.6 Pettymys	41
5.4.7 Toivo hoidon vaikuttavuudesta ja jatkuvuudesta	42
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	43
6.1 Eettisyys	43
6.2 Luotettavuus	45
6.3 Tulosten tarkastelu	49
6.3.1 Yhdessä ruokailun muodot	49
6.3.2 Yhdessä ruokailun sisältö	50
6.3.3 Hoitajien käyttämät interventiot ruokailutilanteessa	51
6.3.4 Hoitajan tunteet	52
6.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	54
LÄHTEET	55
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Syömishäiriöt, joihin etupäässä sairastuvat nuoret tytöt ja naiset, ovat nykyaikana melko yleisiä sairauksia (Syömishäiriöliitto–Syli ry, 2009, 7). Arvioiden mukaan viidesosa naisista sairastaa jonkinasteista syömishäiriötä, myös poikien ja miesten syömishäiriöt lisääntyvät jatkuvasti. Samoin lasten ja vanhusten syömishäiriöiden tiedetään lisääntyneen. Syömishäiriöille ei löydy mitään yksittäistä syytä, vaan ne yleensä ovat monen tekijän summa. (Suomalainen 2010, 17.) Syömishäiriöiden riskitekijöiksi mainitaan täydellisyyteen pyrkivä persoonallisuus ja hauras itsetunto (Lepola & Koponen 2002, 154). Usein syömishäiriöön sairastuva nuori on ollut kiltti ja täydellisyyteen pyrkivä lapsi, jolle murrosiän muutokset ja paineet ovat tuoneet ylivoimaisilta tuntuvia paineita (Syömishäiriöliitto–Syli ry, 2005, 19).

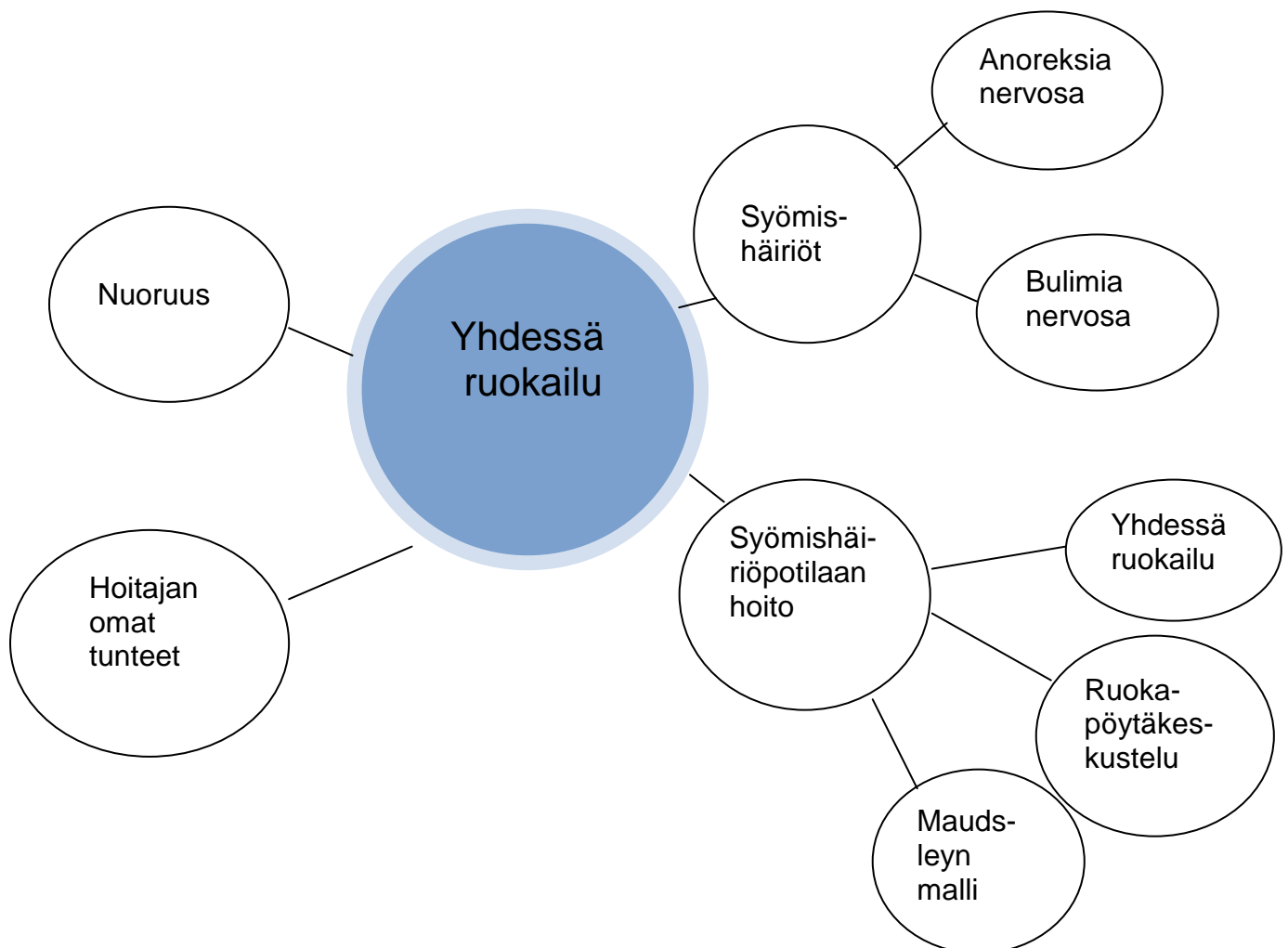
Syömishäiriöpotilaita hoidetaan sairaalan somaattisilla ja psykiatrisilla osastoilla. Hoitajien osaamista syömishäiriöpotilaiden hoidossa kaivataan yhä enemmän. Hoito perustuu moniammatillisen työryhmän tekemään henkilökohtaiseen hoitosuunnitelmaan. (Huovinen & Karppinen 2003, 7.) Yksi tärkeä osa potilaan hoitoa on ruokailu, joka osastolla tapahtuu yleensä viisi kertaa päivässä. Näitä tilanteita syömishäiriötä sairastavat potilaat pelkäävät eniten. Hoitajan tehtävänä on ottaa vastaan potilaan ahdistus, tuska ja levottomuus. Hoitajan tukea ja kannustusta tarvitaan näissä tilanteissa erittäin paljon. (Suomalainen 2010, 15.)

Opinnäytetyömme käsittelee yhdessä ruokailua; ruokailua, jossa hoitaja ruokaillee yhdessä syömishäiriöpotilaan kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata mitä yhdessä ruokailu on ja mitä se sisältää. Tarkoituksenamme oli myös kuvata hoitajien tunteita yhdessä ruokailu tilanteissa ja perehtyä tarkemmin heidän käyttämiinsä interventioihin ruokailun aikana. Tässä opinnäytetyössä käytämme yleisnimitystä syömishäiriöpotilas niistä ihmisistä, joilla on syömishäiriö. Haastattelemamme sairaanhoitajat käyttivät yhdessä ruokailusta nimitystä malliruokailu, mikä saattaa ilmetä joissain kohdin opinnäytetyötämme. Tässä opinnäytetyössä käytämme nimitystä yhdessä ruokailu, tarkoittaessamme hoitajan ja syömishäiriöpotilaan ruokailua yhdessä.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa. Omaan kiinnostustamme aiheeseen lisäsi olemassa olevan tutkimuksen niukkuus ja kirjallisuuden rajallisuus. Tulevina sairaanhoitajina tulemme mahdollisesti kohtaamaan syömishäiriöitä sairastavia potilaita ja hoitamaan heitä. Opinnäytetyöstämme hoitajat voivat saada uusia näkökulmia yhdessä ruokailu tilanteisiin.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme aiheena on yhdessä ruokailu nuoren syömishäiriöpotilaan kanssa sairaanhoitajien kuvaamana. Keskeisimmiksi tarkastelun näkökulmiksi yhdessä ruokailussa nousi esille syömishäiriöt. Syömishäiriöistä tarkastelimme tarkemmin yleisimpiä syömishäiriöitä, anoreksia nervosaa ja bulimia nervosaa. Tärkeäksi tarkastelun näkökulmaksi nousi myös syömishäiriöpotilaan hoito, josta tarkastelimme erikseen yhdessä ruokailua, ruokapöytäkeskustelua sekä Maudsleyn mallia. Opinnäytetyömme yhtenä tehtävänä oli kuvata hoitajien kokemuksia tunteita yhdessä ruokailun aikana, joten perehdyimme tähän teoreettisissa lähtökohdissa. Nuoruuden lisäsimme myös teoreettisiin lähtökohtiin, koska yhteistyöosastollamme yhdessä ruokailua toteutettiin nuorten syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Teoreettista viitekehystä on kuvattu alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Nuoruus

Yksilön elämänkaaressa nuoruusiällä tarkoitetaan lapsuudesta nuoreen aikuisuuteen siirtymisen vaihetta. Nuoruuskehitys alkaa fyysisestä puberteetista, se ajoittuu tavallisesti 12.–22. ikävuoteen. Nuoruusikä voidaan jakaa varhais-, keski- ja myöhäisnuoruuteen. Käsitteenä nuoruusikä on hyvin moniulotteinen. Siihen kuuluu keskushermoston kehitys, biologinen kasvu ja sukukypsyyden saavuttaminen, sekä myös monet aikuistumiseen johtavat kognitiiviset, psykologiset ja sosiaaliset kehitystapahtumat. Onnistunut nuoruuden kehitys johtaa psykologiselta kannalta eheän persoonallisuuden kehittymiseen ja autonomian saavuttamiseen. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 562-563.)

Nuoruus on elämänvaihe, jolloin yksilö etsii voimavarojaan, minuuttaan ja omaa identiteettiään. Tuolloin olisi opittava ohjaamaan elämäänsä enemmän tietoisemmaksi muista ihmisistä ja ympäröivästä maailmasta. Nuoruusiän eräinä kehitystehtävinä on identiteetin löytäminen ja vastuuseen kasvaminen. (Friis, Eiro-la & Mannonen 2004, 44–45.)

Nuoruuden fyysiset ja hormonaaliset muutokset sekä kasvava viettipaine saavat aikaan muutoksia myös psyykkisissä toiminnoissa. Kehitysongelmat ja –häiriöt voivat ilmetä kehon oireina ja tiloina. Varhaisnuori vertailee kehoaan ikätovereidensä muuttuvaan olemukseen. Hän voi viettää paljon aikaa peilin edessä tutkien ulkonäköään ja muiden arviot hänen ulkonäöstään voivat loukata nuorta herkästi. Nuoren kokemus itsestään on vaihtelevaa ja ajoittain katkelmallista. Tämä näkyy nuoren käyttäytymisen, mielialan, ihmissuhteiden ja mielenkiinnon kohteiden vaihteluna. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 563.)

2.2 Syömishäiriöt

Rajanveto normaalin ja häiriintyneen syömisen väliin ei ole aina helppoa. Lähes kaikki ihmiset syövät välillä liikaa ja välillä liian vähän. Monet ihmiset ovat myös tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä. Valtaosalla kokemusta löytyy laihduttamisesta ja noin 10–20 %:lla kokemusta löytyy laihdutusvalmisteista, -lääkkeistä,

paastoamisesta tai jopa suolentyhjennyksestä. Syömishäiriöissä syöminen tai syömättömyys nousee elämän pääsisällöksi ja alkaa sotkea normaalielämää. (Keski-Rahkonen, Charpentier & Viljanen 2008, 11.)

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia (Syömishäiriöliitto-Syli ry, 2009, 5). Syömishäiriöihin on useita eri taustatekijöitä, joiksi luetellaan perinnöllinen alttius, biologinen aivojen välittäjäainetoiminnan häiriö ja neuroendokrinologiset syyt, altistavat psykologiset tekijät, perheeseen liittyvät tekijät ja monenlaiset laukaisevat elämäntapahtumat. Usein nuorilla syömishäiriöpotilailla sairastumisen taustalta löytyy myös vääränlaiset ihanteet, kuten liiallisen laihuuden ihannointi. (Lepola & Koponen 2002, 155.)

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli anorexia nervosa, ja ahmimishäiriö eli bulimia nervosa, joita käsittelemme tarkemmin tässä opinnäytetyössä. Muita syömishäiriöitä ovat BED eli Binge Eating Disorder ja ortoreksia, jossa henkilö säätelee ja rajoittaa syömistään kohtuuttomasti pyrkiessään ravinnon terveellisyyteen. BED:stä suomen kielessä käytetään termiä lihavan ahmimishäiriö, jossa ahmitusta ruuasta ei pyritä pääsemään eroon vaan ajan kuluessa seurauksena on usein vaikea lihavuus. Ei ole kuitenkaan poikkeavaa, että syömishäiriöön sairastunut kärsii useamman eri syömishäiriön muodon oireista samanaikaisesti tai peräkkäin. Syömishäiriöiden tunnetuimmat muodot ovat kuitenkin anorexia nervosa ja bulimia nervosa. (Syömishäiriöliitto–Syli ry 2009, 6–7.)

2.2.1 Anoreksia nervosa

Anoreksia nervosassa eli laihuushäiriössä olennaista on nuoren tunnetason kokemus itsestä liian lihavana ja pyrkimys laihuuteen ja itsehallintaan (Ebeling 2006, 119). Anorektinen oireilu on yleisimmin alkanut innostuksena liikuntaan ja terveelliseen ruokavalioon, jolloin nuori saattaa saada positiivista palautetta painon pudotuksesta. Nuori tuntee palautteen myötä olonsa itsevarmemmaksi pudottamalla painoaan ”vielä vähän”. (Syömishäiriöliitto–Syli ry, 2009, 10.) Moni laihuushäiriötä sairastava kuvaa jäävänsä ”kiinni” laihduttamiseen. Pienestä

painon pudotuksesta saa hyvää palautetta ja tuntee itse hallitsevansa omaa ruumistaan ja elämäänsä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12.)

Laihuushäiriö ei yleensä tarkoita ruokahalun menetystä. Laihuushäiriötä sairastava saattaa nautiskella ruoka-ajatuksilla, olla poikkeavan kiinnostunut ruoasta ja sen valmistuksesta, ja silti säännöstellä tiukasti syömistään, kätkeä ruokaa tai monin eri keinoin pyrkiä kuluttamaan nauttimaansa energiamäärää. Joskus laihuushäiriön ensioireena voi olla pelkästään karkkilakko tai aterioiden jättäminen väliin. Ruokavalio alkaa vähitellen supistua, ja lisääntyvä osa ruoka-aineista muuttuu kielletyiksi tai tiukasti säännöstellyiksi. Tavallisesta, melko harmittomasta, laihduttamisesta siirtyminen laihuushäiriön puolelle tapahtuu, kun syömisestä säännösteleminen johtaa merkittävään painon putoamiseen tai nuorella kasvun pysähtymiseen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 12, 25.)

Laihduttamisyritys voi muuttua pakonomaiseksi ja lopulta riistäytyä kokonaan hallinnasta. Laihuushäiriöpotilas saattaa uskoa nälkiintyneestä, luurankomaisesta, ulkonäöstään huolimatta olevansa ylipainoinen. Laihuushäiriön muita oireita nopean painonlaskun lisäksi ovat kuukautishäiriöt, normaalin kehityksen pysähtyminen, seksuaalinen kehittymättömyys, alhainen ruumiinlämpö, turvotus, lanugokarvoitus eli untuvainen karvan kasvu, sydämen harvalyöntisyys, verenpaineen lasku ja perusaineenvaihdunnan lasku. Estrogeenitason laskun myötä luukato on tavallista ja murtumariski on kohonnut. (Lepola & Koponen 2002, 157–158.) Sairauden alkuvaiheessa pääosa oireista on hyvin intiimejä, kuten kuukautisten poisjääminen, ja muutokset voivat olla niin hienovaraisia, että ne jäävät läheisiltäkin ihmisiltä huomaamatta. Ainoita näkyviä merkkejä ovat voimakas laihtuminen, painon vaihtelu tai ruokailurutiinien muuttuminen. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25.)

Laihuushäiriö kuuluu ennusteeltaan vakavimpiin mielenterveyshäiriöihin, jossa täysin parantuu vain puolet potilaista. Laihuushäiriöpotilaat kuvataan yleensä vetäytyviksi, ujoiksi ja kilteiksi ihmisiksi, jotka ovat asuneet suorituksia arvostavassa ilmapiirissä. (Lepola & Koponen 2002, 156–159.) Koulussa laihuushäiriöpotilaat suoriutuvat yleensä hyvin, ellei sairaus ole edennyt lähes kaikkea energiaa sitovaksi ja heikentänyt kognitiivisia kykyjä. Laihuushäiriöpoti-

lailla voi olla ikätovereita, mutta monesti ihmissuhteet ovat pinnallisia ja liittymisen muiden nuorten joukkoon on ongelmallista. (Ebeling 2006, 119.)

2.2.2 Bulimia nervosa

Bulimia nervosa- eli ahmimishäiriöpotilaat ahmivat suuria määriä ruokia, jonka jälkeen he pyrkivät tyhjentämään itsensä oksentamalla. Elämästä saattaa tulla ahmintojen ja tyhjentäytymisen noidankehä. Tyhjentäytymiskeinot voivat tuntua sekä huojentavilta että rankaiseilta. Niiden avulla potilas pyrkii palauttamaan itsekurin ja – kunnioituksen; ahmintoja voi seurata päätös itsensä niskasta kiinni ottamisesta, paremmasta elämästä sekä uudesta, entistäkin ankarammasta laihdutusyrityksestä. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 16.) Ahmimishäiriöstä kärsivä voi olla normaalipainoinen tai paino saattaa vaihdella alipainosta ylipainoon (Käypä hoito 2009).

Ahmimishäiriöpotilas kärsii jatkuvista ahmimiskohtauksista vähintään kaksi kertaa viikossa kolmen kuukauden ajan, jonka aikana hän syö selvästi normaalia suuremman määrän ruokaa lyhyessä ajassa. Tätä seuraa usein kompensoiva eli tasoittava käyttäytyminen, jonka tarkoituksena on estää ahmimisen lihottava vaikutus. Näitä saattavat olla itse aiheutettu oksentaminen, ulostus ja – nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö, peräruiskeiden väärinkäyttö, sekä runsas ja pakonomainen liikunta. Ahmimishäiriötä on kahta tyyppiä; vatsantyhjennystyyppi ja vatsaa tyhjentämätön tyyppi. Jälkimmäinen ilmenee haitallisena kompensaatiokäyttäytymisenä, esimerkiksi liiallisena liikuntana tai paastoamisena. (Charpentier 2008, 273.)

Ihmisen alkaessa ahmia ruokaa, siihen on usein syynä epäsäännöllinen syöminen. Ahmimishäiriöpotilas, pyrkii jättämään aterioita väliin, jotta paino putoaisi nopeammin. Elimistö ei käytä rasvavarastojaan tilanteessa, jonka se tulkitsee lyhytaikaiseksi nälkiintymiseksi. Epäsäännöllisen syömisen seurauksena ihminen ei tunne enää nälkää. Tästä seuraa vatsan polttelua, kipua, kouristuksia, kylmänhikeä ja huimausta. Jos elimistöllä ei ole riittävästi energiaa, se ei pysty pitämään yllä tärkeitä toimintoja. Ahmimishäiriöpotilas voikin suunnitella, että

hän ei syö koko päivän aikana mitään. Kysymyksessä on kuitenkin uskomus; ihminen tarvitsee ravintoa elääkseen. (Van der Ster 2005, 66–67.)

Ahmimishäiriöpotilaan on helpompi pidättäytyä ruuasta kokonaan, kuin syödä vähän kerralla. Sairastunut yrittää olla syömättä ja pitää itsensä nälässä, mutta lopulta sattuu jotain sellaista, että hän syökin liikaa. Ahmimishäiriötä sairastava ahmii sitä, minkä on kieltänyt itseltään. Itselle asetetuista liian tiukoista rajoista seuraa ylensyönti, koska ihminen haluaa aina sitä, mitä ei usko voivansa saada. Ahmiminen aikaansaa miellyttävän tunteen, ihminen tuntee itsensä vapaaksi jännityksestä. Tätä ei kestä kuitenkaan kauaa, sillä pelko, ahdistus ja syyllisyydentunne valtaavat mielen. Siitä seuraa, että syödystä ruuasta on hankkiuduttava eroon tavalla tai toisella. Ei kestä kauanakaan, kun keho on taas vailla ruokaa. Nälkiintymisen, ahmimisen ja oksentamisen kierteestä seuraa useimmiten suuri painonvaihtelu. Painon vaihteluun ei ole syynä niinkään se, mitä syö, vaan siitä, miten syö. (Van der Ster 2005, 66–67.)

Ahmimishäiriöpotilaita kuvataan yleensä epävakaiksi persooniksi, joilla esiintyy impulsiivista ja huomionhakuista käyttäytymistä (Lepola & Koponen 2002, 156). Nuoren ahmimishäiriötä on vaikea nähdä päällepäin samoin kuten anoreksiaa. Potilaat ovat yleensä normaalipainoisia, vaikkakin kokevat itsensä lihaviksi ja heillä on halu laihtua. Ahmimishäiriöiset ovat itse tietoisia epänormaalista syömistottumuksestaan. Mutta koska häpeän ja syyllisyyden tunteet liittyvät oireisiin, ei heidän hoitoon hakeutumisensa ole helppoa. Usein ahmimishäiriöinen yksin syödessään ahmii ruokaa ja niinpä oireiden paljastuminen perheelle voi tapahtua vahingossa. (Rantanen 2004, 328.)

2.3 Syömishäiriöpotilaan hoito

On todettu, että hoidon aloittaminen sairauden alkuvaiheessa parantaa tervetymisennustetta ja nopeuttaa paranemisprosessia. Tämän vuoksi onkin suositeltavaa, että hoitoon hakeudutaan heti sairauden ensimmäisten merkkien ilmaannuttua. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 41.) Syömishäiriöpotilaan hoito perustuu sekä fyysisen että psyykkisen tilan hoitoon (Ebeling 2006, 122). Pääsään-

töisesti syömishäiriöpotilaita kuitenkin hoidetaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus, 2010, 620–622). Hoidossa pyritään kaikin keinoin pysymään avohoidossa, ellei se kuitenkaan ole riittävää, turvaudutaan sairaalahoitoon. Hoito edellyttää moniammatillista työryhmää sen vaativuuden ja pitkäkestoisuuden vuoksi. Tärkeä osa hoidossa on myös potilaan perheellä ja lähiverkostolla hoidon jatkuvuuden kannalta. (Syömishäiriöliitto–Syli ry 2005, 22.) Päättävöitteita hoidossa ovat syömiskäyttäytymisen ja painon normalisoituminen, fyysisten vaurioiden korjaantuminen, sekä psyykkisten oireiden lievittyminen (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42).

Syömishäiriöpotilaan psykiatrisessa tutkimusprosessissa päättävöitteina ovat yhteistyösuhteen rakentaminen, potilaan sekä perheen motivointi hoitoon, sekä ahdistuksen lievittäminen (Käypä hoito 2009). Toisinaan syömishäiriöön sairastuneelta puuttuu sairaudentunto, jolloin hän saattaa voimakkaastikin vastustaa muiden sekaantumista asioihinsa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 42). Tavoitteena hoitajalla on luoda potilaaseen hyvä vuorovaikutussuhde, jossa potilas voi tar kastella ongelmiaan ja eri elämänvaiheitaan (Käypä hoito 2009). Potilaalle on tärkeää osoittaa, että häntä kuunnellaan ja hänen hätänsä otetaan vastaan. Vaikka potilaan pelot ja ajattelu on tavallisesti epärealistista ja outoakin, on tärkeää, ettei hänen puheitaan tyrmätä tai mitätöidä. Potilaan pelko lievittyy parhaiten, kun hän tuntee olevansa turvassa. Turvan tunne taas syntyy ymmärretyksi ja hyväksytyksi tulemisen kokemuksesta. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 83.)

Hoitaja kerää esitietoja potilaalta ja potilaan perheeltä. Nuoren syömishäiriöpotilaan kohdalla hoitaja voi kerätä tietoa myös koulusta. Potilaan tilannetta tutkitaan eri näkökulmista, potilaan ja perheen historiaa läpikäyden. Tutkimusten perusteella potilaan kanssa tehdään yhdessä yksilöllinen hoitosuunnitelma ja -sopimus. Joustava, yksilöllisesti laadittu hoito-ohjelma on tehokas, ja se kehittää nuoren kykyä huolehtia itsestään paremmin. Tärkeää potilaalle on saada kokemus siitä, että muut ovat hänen apunaan ja yhdessä hänen kanssaan kamppailevat syömishäiriötä vastaan. (Käypä hoito 2009.)

Psykiatrisen hoidon ohessa erityisen tärkeää on seurata potilaan somaattista tilaa (Käypä hoito 2009). Tärkeimmäksi lääkkeeksi anoreksiapotilaan hoidossa on määritetty ruoka (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 168). Syömishäi-

riöpotilaan ravitsemushoidon pyrkimyksenä on aliravitsemuksen korjaaminen, laihduttamisen lopettaminen ja kaoottisen syömiskäyttäytymisen normalisoiminen. Potilaalle syömiskäyttäytyminen on keskeinen ja elämää invalidisoiva ongelma. Potilaalla on ruokaa ja ruumiinpainon säätelyä koskevia pelkoja ja väärinkäsityksiä, jotka estävät paranemista. Hän tarvitsee ohjausta, tietoa ja tukea ruokavalion suunnittelussa ja painon korjaamisessa kohti biologista normaali-painoa. (Viljanen, Larjosto & Palva-Alhola 2005, 21–22.)

Ravitsemushoidon suunnitteluun osallistuvat yhteistyössä potilas, perhe, hoitava lääkäri ja ravitsemusterapeutti. Päättävöitteena on, että potilas omaksuu terveyden kannalta normaalin painon, tasapainoisen ruokavalion ja pystyy ruokailemaan erilaisissa ruokailutilanteissa luontevasti. Ruokavalion toteutuksessa kuunnellaan kohtuullisessa määrin potilaan toiveita. Tietyn asteinen joustaminen lisää potilaan itsehallinnan tunnetta ja auttaa hyväksymään painon nousun. Tavoitepaino on kuitenkin asetettava. (Käypä hoito 2009) Syömishäiriöpotilaat ovat yleensä erittäin kiinnostuneita ruoasta ja laittavat sitä mielellään. He kehittävät erilaisia syömisrituaaleja ja syövät myös salaa. (Lepola & Koponen 2002, 158.) Syömishäiriöpotilaat ovat yleensä hyvin haastavia ja saattavat koittaa ”käydä kauppaa”. Siksi ensisijaisen tärkeää on heti alussa sopia säännöt ja pitää niistä kiinni. (Huovinen & Karppinen 2003, 12.)

Hoidon alussa on tärkeää keskittyä asioiden konkreettiseen käsittelyyn. Psykoterapeutista työskentelyä kuitenkin tarvitaan usein siinä, että potilas hyväksyy aliravitsemustilan korjaamisen. Mikään yksittäinen terapiamuoto ei ole osoittautunut toista paremmaksi aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Nuorten syömishäiriöpotilaiden hoidossa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, mutta merkityksellisiä seikkoja ovat terapiasuhteen laatu, yhteistyö ja motivointi. Perheterapiaa on usein käytetty nuorten syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Lääkehoidon suhteen syömishäiriöpotilaan hoidossa tulee olla erityisen varovainen, koska vakavien lääkkeen haittavaikutuksien riski on merkittävä. Mahdollinen lääkehoito tulisi aloittaa mahdollisimman pienellä annoksella. Anoreksia potilaiden hoidossa ei masennuslääkkeistä ole todettu olevan apua, mutta lyhytvaikutteisen bentsodiatsepiinin anto 30 minuuttia ennen ateriaa on todettu helpottavan ruokailuun liittyvää ahdistusta. (Käypä hoito 2009.)

Hoitohenkilökunnan, kuten potilaan lähiverkoston, ja eritoten potilaan itsensä tulee hyväksyä, että paraneminen vie aikaa, sillä käyttäytymismalleja on vaikea murtaa. Joillekin pitkään sairastaneille syömishäiriöpotilaille syömishäiriöstä tulee osa elämäntyyliä johon samaistua, ja identiteetin muuttaminen on erittäin vaikeaa. On tärkeää, että potilas alkaa nähdä itsensä ihmisenä, jolla on syömishäiriö, eikä niin, että hän on syömishäiriöinen. (Van der Ster 2005, 26–27.)

2.3.1 Yhdessä ruokailu

Ravinnon tarpeen tyydyttämiseen liittyy varhaisia, syviä mielihyvän tunteita. Yhteisillä ruokailutilanteilla ja aterioilla on myös perheen tai yhteisön yhteenkuuluvuutta korostava vaikutus. Yhdessä ateriointiin liittyy myös monenlaisia laajemman sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yhdessäolon jakamisen kokemuksia. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 575.) Ravinnonsaannin lisäksi ruokailu on merkittävä vuorovaikutuksellinen tapahtuma. Tavallisimmin se on yhteisen mielihyvän sävyttämää, mutta se voi sisältää koviakin jännitteitä. Yhteisön, kuten perheen tai koululuokan ihmissuhteiden ristiriidat voivat kärjistyä ruokailutilanteissa. (Tamminen 2004, 319.)

Herman, Roth & Polivy (2003), ovat tutkineet muiden ihmisten läsnäolon vaikutuksia henkilön syömiskäyttäytymiseen ja ilmaisseet ne kolmella eri tavalla. Ensiksi, henkilö voi syödä enemmän ruokaillessaan osana ryhmää, jota voidaan kutsua sosiaaliseksi syömiseksi. Toiseksi henkilön syödessä toisen henkilön seurassa, hän voi mallintaa käytöstä – toisin sanoen kopioida tai jäljitellä toisen henkilön syömiskäyttäytymistä. Kolmanneksi henkilö voi syödä vähemmän jos samassa tilassa on toinen henkilö seuraamassa kyseistä henkilöä. Voidaankin sanoa, että toiset ihmiset voivat vaikuttaa syömiseen kaikella mahdollisella tavalla. Tavalla miten toiset henkilöt ovat vuorovaikutuksessa aterioivan henkilön kanssa, on melko vakiintunut vaikutus siihen kuinka he syövät. (Herman, Roth & Polivy 2003, 873–886.) On todettu, että osalle laihuushäiriötä sairastavista on helpointa syödä seurassa, jolloin ajatukset eivät pyöri anorektisissa peloissa (Keski-Rahkonen ym. 2008, 29).

Syömishäiriöpotilaan hoidossa hoitaja tukee potilaan syömistä mallisyömällä eli yhdessä ruokailemalla samassa pöydässä tai samassa tilassa. Hoitajan tarkoituksena on ottaa vastaan ruokailun aikaansaama potilaan ahdistus ja tuska (Suomalainen 2010, 15). Hoitajan yhdessä ruokailun tarkoituksena on myös tukea potilasta syömään hänen ravitsemuskuntoutuksensa kannalta tärkeät ateriat. Aterioihin voi kuulua aineksia, jotka potilas on kieltänyt itseltään lihomisen pelossa. Yhdessä ruokailu muiden seurassa voi olla vaikeaa syömishäiriöpotilaalle. Siihen voi liittyä outoja pöytätapoja tai syömisrituaaleja. Kaikki ahdistus, mitä syömishäiriöpotilaat tuntevat kulminoituu syömistilanteisiin. (Viljanen ym. 2005, 200.)

Hoitajan toimiessa normaalin syömisestä mallina, hänen annoksensa saa olla pienempi kuin potilaan, koska hoitajan ei tarvitse nostaa painoa. Hoitajan laihduttaessa, se ei saa näkyä ruokailutilanteessa niukkoina annoksina. Aterialla noudatetaan hyviä pöytätapoja, hoitaja pyrkii ohjaamaan ja olemaan itse samalla mallina, esimerkiksi ruoka-astioista ei oteta pienimpiä perunoita, ei kurkotella vaan pyydetään. (Viljanen ym. 2005, 200.)

2.3.2 Ruokapöytäkeskustelu

Ruokailutilanteen keskustelut voivat vaihdella terapeuttisista keskusteluista tavalliseen sosiaaliseen kanssakäymiseen. Hoitajan pitäisikin pystyä vaihtamaan keskustelijan rooliaan potilaan kanssa luontevasti ruokailun aikana. Keskusteleminen on myös sallittua, esimerkiksi ruoasta, kuten juhlapyhien perinteisistä ruoista tai etnisistä ruoista. Keskusteluissa ei kuitenkaan käsitellä potilaan osastolla noudattamaa ruokavaliota tai annoskokoja. Hoitajan pitää myös pystyä rajaamaan keskustelua sävyn ollessa negatiivinen, enemmän syömishäiriön hoitoa tukevaksi. (Viljanen ym. 2005, 200.)

Keskustelu on osa potilaan sosiaalista kuntoutusta. Neutraaleja keskustelun aiheita voivat olla esimerkiksi elokuvat, harrastukset tai lomamatkat. Hoitaja voi myös puhua itsestään sopimaksi katsomansa verran. On kuitenkin muistettava ruokailutilanteen tavoite ja tarkoitus osana potilaan hoitoa. Hiljaisuus on myös

sallittua. Ruokailutilanteen tarkoitus on olla niin mukava kuin mahdollista, jotta potilaalle kertyy positiivisia syömiskokemuksia, muistaen kuitenkin, että ruokailutilanteet eivät ole ainoastaan viihteellisiä juttutuokioita. (Viljanen ym. 2005, 200–201)

2.3.3 Maudsleyn malli

Maudsley-mallia voidaan soveltaa syömishäiriöpotilaiden hoidossa. Maudsleyn mallissa perhe on tiedonlähteenä ja vanhemmilla on tärkeä rooli syömishäiriöisen perheenjäsenen hoidossa koko kolmivaiheisen hoidon aikana. Mallissa pyritään aikaan saamaan painon sekä nuoren kehityskaaren palautuminen vanhempien tuella ja avustuksella. (Lock, Grange, Agras & Dare 2001, 2.)

Rhodesin (2003) mukaan, Maudsleyn mallin ensimmäisessä vaiheessa hoito keskittyy yksinomaan potilaan ravitsemukseen. Potilaan psykologisia ongelmia ei tässä vaiheessa vielä tutkita. Tämä vaihe sisältää perheen piknik-aterian terapiahuoneessa, sekä 3–10 tapaamiskertaa keskittyen potilaan ravitsemukseen. Mallin toisessa vaiheessa, joka sisältää 2–6 tapaamista, keskitytään myös potilaan ravitsemukseen, samalla palauttaen vastuuta syömisestä potilaalle itselleen. Kolmannessa vaiheessa, jossa on noin neljä tapaamista, vastuu syömisestä on luovutettu melkein kokonaan potilaalle. Tässä vaiheessa potilaan yksilöllistymiseen liittyvät asiat sekä potilaan suhde vanhempien kanssa käsitellään hyvin suoraan. (Rhodes 2003, 192–193.)

2.4 Hoitajan omat tunteet

Mielenterveystyössä hoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu teoreettisen tiedon ja osaamisen lisäksi myös kyky tiedostaa omat tunteensa. Tunteiden tunnistaminen ja niiden tiedostaminen liittyy työntekijän oman persoonan käyttämiseen ja ammatilliseen kasvuun. Merkitykselliset kuvat itsestä ja toisista muodostuvat tunteiden avulla. Tunteet syntyvätkin toisten ihmisten kanssa ta-

pahtuneissa kohtaamisissa tai niiden puutteista. Tunteet toimivat keskeisinä henkilökohtaisen merkityksen antajina. (Kiviniemi ym. 2007, 15–16.)

Tunteiden ilmaiseminen on tunteiden osoittamista muille ihmisille siten, että ne tulevat havaittaviksi. Niitä voidaan ilmaista verbaalisti eli nimeämällä, kuvaamalla tai kertomalla. Tunteet voidaan myös ilmaista eleillä, liikkeillä tai motorisesti ilmeillä. (Kiviniemi ym. 2007, 17.) Toimivan persoonallisuuden tunnuspiirteitä kuvastaa kyky tunnistaa ja käsitellä tunteita sekä kyky pohdiskella eri elämäntapahtumien taustoja. Ihmisen mielenterveyden olennainen osa onkin tunne-elämän tasapaino. Se on myös mielenterveystyöntekijän ammatillisuuden yksi olennainen osa. Heidän tulisi kyetä tiedostamaan ja hallitsemaan omia tunteitaan sekä havaita toisten tunteita. Hoitajan kyvyttömyys omien tunteiden tunnistamiseen ja erittelemiseen samoin kuin tunteiden ilmaisun puuttuminen haittaavat mielenterveyshoitotyön tekemistä. Tällöin voi olla vaarana, että potilaan kokemukset ja niiden nostattamat tunteet eivät tule kuulluksi ja ymmärretyksi tunteenasolla. Ainoastaan potilasta koskevien asioiden rationaalinen eli järkiperäinen käsittely ei riitä. Potilas jää yksin omien tunteidensa kanssa. (Kiviniemi ym. 2007, 17–18.)

Syömishäiriöpotilaan hoitoon osallistuvan hoitajan omat ruokaan, painoon ja ruumiinkuvaan liittyvät arvot ja asenteet välittyvät potilaille, vaikka he eivät niistä suoraan puhuisikaan. Syömishäiriöpotilaan paranemista tukee, jos työntekijällä on hyväksyvä ja rento suhtautuminen ruokaan, liikuntaan ja painoon. Myös työntekijän asiantuntemus ravitsemusasioissa on tärkeää potilaalle. (Viljanen ym. 2005, 23.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kuvaamana mitä yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaan kanssa on ja mitä se sisältää. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitajien käyttämiä interventioita, sekä heidän omia tunteitaan yhdessä ruokailutilanteissa.

Tämän opinnäytetyön tehtävät olivat:

- 1) Mitä yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaan kanssa on?
- 2) Mitä yhdessä ruokailu sisältää?
- 3) Mitä interventioita hoitaja käyttää yhdessä ruokailu tilanteessa?
- 4) Millaisia tunteita yhdessä ruokailu herättää hoitajassa?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa yhdessä ruokailusta ja sen aikana käytetyistä interventioista ja hoitajien henkilökohtaisista tunteista. Tietoa voidaan käyttää hyväksi syömishäiriöitä sairastavien potilaiden hoitotyössä. Opinnäytetyöstämme hoitajat voivat saada uusia näkökulmia yhdessä ruokailu tilanteisiin.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin syömishäiriöpotilaan kanssa tapahtuvaa yhdessä ruokailua, hoitajien käyttämiä interventioita ja hoitajien tunteita, jotka liittyvät yhdessä ruokailuun. Edellä mainittujen seikkojen tarkastelu oli mahdollista kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on todellisen elämän kuvaaminen löytäen tai paljastaen olemassa olevia tosiasioita. Tavoitteena on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan tarkoituksena on kuvata jotakin tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antaa teoreettisesti mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä (Eskola, Suoranta 2000, 61). Kvalitatiivinen tutkimus voidaan myös määrittää ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkimiseen sekä ihmisten näkemysten kuvaukseen (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 49).

4.2 Aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön aineisto on kerätty puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä, jota kutsutaan myös teemahaastatteluksi (Hirsjärvi & Hurme, 2009, 63). Haastattelu toteutettiin nuorisopsykiatrisella avohoito-osastolla sairaanhoitajien ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu toteutettiin kevään 2011 aikana. Osastonhoitaja valitsi ryhmähaastatteluun neljä sairaanhoitajaa, joista yksi ei päässyt mukaan. Ryhmähaastatteluun osallistui kolme sairaanhoitajaa. Ryhmähaastattelun etuna on, että sen avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Ryhmähaastattelun ongelmana monet pitävät ryhmäkesustelun purkamista ja analyysin tekoa tallenteista. Haittoina pidetään myös si-

tä, että kaikki jotka on kutsuttu haastatteluun, eivät välttämättä kuitenkaan osallistu varsinaiseen ryhmähaastatteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63.)

Puolistrukturoitu haastattelu nimitystä käytetään lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimuodosta. Yhtä määritelmää tästä haastattelu-muodosta ei ole. (Hirsjärvi & Hurme 2009.) Haastattelun etuna voidaan pitää ennen kaikkea sen joustavuutta. Haastattelussa haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selventää ilmausten sanamuotoa, sekä käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Ryhmähaastattelu toteutettiin osaston tiloissa ja se nauhoitettiin. Haastattelu kesti noin puolitoistatuntia. Molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat ryhmähaastatteluun. Tarvittaessa ryhmähaastattelua olisi voitu täydentää yksilöhaastatteluilla, jotka eivät kuitenkaan olleet tarpeen, ryhmähaastattelusta kertyneen runsaan aineiston ansiosta.

Teemahaastattelussa on oleellista, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa (teemahaastattelun runko, liite 1). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu, koska haastattelun aihepiirit eli teema-alueet, ovat kaikille samat. Siitä puuttuu strukturoidulle lomakehaastattelulle ominainen kysymysten tarkka muoto ja järjestys, mutta se ei kuitenkaan ole täysin vapaa kuten syvähaastattelu. Haastattelu on hyvin joustava menetelmä. Koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa, tilanne luo mahdollisuuden kohdistaa tiedonhankintaa itse tilanteessa. Mahdollisesti vastausten taustalla olevia motiiveja on myös mahdollista saada esiin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34, 48.) Teemahaastattelu on muoltaltaan avoin, siinä vastaaja pääsee halutessaan puhumaan varsin vapaamuotoisesti, jolloin kerätty materiaali edustaa vastaajien puhetta itsessään (Eskola & Suoranta 2000, 87).

Ryhmähaastattelua voidaan pitää myös keskusteluna, jonka tavoite on varsin vapaamuotoinen. Ryhmähaastatteluun osallistuvat keskustelijat voivat kommentoida asioita varsin spontaanisti, tehdä huomioita ja tuottaa monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmähaastattelun haastatteliija voi puhua usealle haastateltavalle yhtä aikaa sekä suunnata kysymyksiä ryhmän yksittäisille jäsenille. Tutkimuksessa ei välttämättä olla kiinnostuneita yksityisten ihmisten ajatuksista

vaan ryhmän kollektiivisesta näkemyksestä asioihin. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61.) Puolistrukturoitu teemahaastattelu voi tuoda tutkittavien äänen kuuluviin. Haastateltavien tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. On myös tärkeää huomioida, että nämä merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. Haastattelun kautta voidaan tuoda ilmi haastateltavien ajatuksia, käsityksiä, kokemuksia ja tunteita käsiteltävästä aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 41, 48.) Puolistrukturoitu teemahaastattelu soveltui hyvin aineiston keruumenetelmäksi opinnäytetyöhömmme. Sen avulla pystyimme parhaiten tuomaan ilmi sairaanhoitajien kuvaukset opinnäytetyömme aiheesta.

4.3 Analysointi

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällön analyysimenetelmällä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103). Aineiston sisällön analyysi aloitetaan haastattelun kuuntelemisella ja litteroinnilla eli puhtaaksi kirjoituksella sana sanalta. Seuraavaksi luetaan aineisto, perehdytään sisältöön ja etsitään pelkistetyt ilmaukset, jotka alleviivataan. Pelkistetyt ilmaukset listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaukset yhdistetään, muodostetaan ala- ja yläluokat. Lopuksi voidaan muodostaa kokoava käsite. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Opinnäytetyömme aineisto muodostui ryhmähaastattelun auki puretusta tekstistä. Nauhoitettu haastattelu litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin kokonaisuudessaan. Jaoimme nauhoitetun tekstin ajallisesti puoliksi, jotka molemmat opinnäytetyön tekijät litteroivat tahoillaan. Vertasimme toistemme litteroimaa tekstiä nauhoitettuun haastatteluun ja teimme tarvittavat korjaukset. Kokosimme saamamme aineiston yhteen ja valitsimme analyysiyksiköt aineistosta opinnäytetyömme tarkoituksen ja tehtäväasettelun mukaan. Analyysiyksikköinä tässä opinnäytetyössä olivat lauseet. Analyysiyksikkö tulee määrittää ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissa, se voi olla yksittäinen sana tai lause keskustelussa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110). Aineiston pelkistämisessä auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävien kysymyksillä niitä kuvaavia ilmai-

suja, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisin kynin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Tässä opinnäytetyössä, käyttäen alleviivausta erivärisin kynin, pystymme erottelamaan eri tutkimustehtävien kysymyksiä kuvaavat ilmaisut helpommin toisistaan.

Aloitimme analyysin aluksi omilla tahoillamme, luokittelemalla pelkistetyt ilmaukset opinnäytetyön tehtävien mukaisesti. Tämän jälkeen vertasimme keskenämme, mitkä ilmaisut olimme nostaneet esille ja mitkä asiat olivat opinnäytetyön tehtävien kannalta tärkeitä. Olimme molemmat tehneet paljon samoja poimintoja haastattelusta. Seuraavaksi kokosimme pelkistetyistä ilmauksista listan erilliselle Word-tiedostolle. Sen jälkeen tulostimme listan muodostaaksemme luokituksia erivärisin kynin. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme alaluokat, sekä yhdistimme ne samankaltaisuuksien mukaan. Alaluokista muodostimme yläluokat. Nimesimme taulukot opinnäytetyön tehtäviä kuvaavin otsikoin. Taulukot 2–5 ovat liitteinä (liite 3). Liitimme tähän myös taulukon 1, esimerkkinä analyysin etenemisestä alkuperäisestä ilmauksesta yläluokkaan (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

Alkuperäinen ilmaus →	Pelkistetty ilmaus →	Alaluokka →	Yläluokka
”Että jakson aikana toteutuu yks tai kaks perhe ruokailua, miss on sit oma hoitaja ja perhe mukana.” →	Hoitojakson aikana toteutettava perheruokailu →	Perheruokailussa perhe, potilas ja hoitaja ruokailevat yhdessä →	Eri yhdessä ruokailun muodot

5 TULOKSET

5.1 Yhdessä ruokailun muodot

5.1.1 Eri yhdessä ruokailun muodot

Ryhmäruokailussa potilaat ja hoitajat ruokailevat yhdessä. Tämä ruokailumalli on osastoilla yleisimmin käytössä oleva muoto. Ryhmäruokailussa potilaat saavat mallia niin hoitajilta kuin toisiltakin potilailta. Hoitajien kokemuksien mukaan potilaan on helpompaa syödä kun muutkin syövät. Ruokailutilanne on tasa-arvoisempi ja luonnollisempi kun kaikki syövät.

”Tässä yksikössä se tarkoittaa malliruokailua ryhmässä useimpien... että siinä on nuoret ja hoitajat paikalla.”

”Tavoite on se, että nuori söisi ryhmässä.”

”Ja toisaalta ehkä se tekee siitä tilanteesta jotenkin semmosen tasa-arvoisemman, kun kaikki syö. Et se ei oo semmonen, että hoitaja vahtii, et nuori syö.”

Kahdenkeskisessä ruokailussa hoitaja ja potilas ruokailevat yhdessä. Hoitajien mukaan kahdenkeskinen ruokailu, jossa hoitaja sekä potilas ruokailevat yhdessä, on vain harvoin käytetty. Päättävöitteena osastolla on ryhmäruokailu, mutta jos se on liian haasteellinen potilaalle, ruokailevat hoitaja ja potilas kahden kesken.

”Joskus jonkun nuoren kans ruokaillaan erikseen kaikki ateriat yleensä jonkun aikaa...”

”...mä aattelen et jos, sit joskus et jos on niin vaikeeta se syöminen, ni sit tarvii tavallaan niinku olla sitten kaksin. Et se ei ryhmäs-

sä onnistu, ni kyl usein on se kokemus et nuoret kokee et se auttaa.”

Osastolla pyritään perheruokailuun ainakin yhden kerran osastojakson aikana. Perheruokailussa perhe, potilas ja hoitaja ruokailevat yhdessä. Hoitajan tehtävänä perheruokailussa on selvittää perheen ruokailukäytäntöjä sekä tukea vanhempia kannustamaan potilasta oikeaoppiseen ruokailuun. Perheruokailu osastolla koetaan hyvin informatiiviseksi.

”...että jakson aikana toteutuu yks tai kaks perheruokailua, miss on sit oma hoitaja ja perhe mukana.”

”Et on molemmat vanhemmat, mut joskus on sisaruksiakin ollu mukana.”

”Mut sit se on hyvinkin informatiivinen se, se tilanne, et minkälais-ta se on se kotonakin sitten se syöminen.”

Perheruokailu osastolla on sovellettu Maudsleyn-malliin. Kokonaan Maudsleyn malli ei osastolla ole käytössä, vaan siitä on lähinnä otettu tietoa siitä miten perhe toimii.

”Et sehän on ehkä sitten siinä Maudsleyn-mallissa sitten vielä enemmän ehkä, ohjauksellista, se perheruokailu...et...meillä se on ehkä enemmän, että me saadaan enemmän tietoa siitä, miten perhe toimii. Et toki siin se ohjauksellinenkin puoli sitten.

5.2 Yhdessä ruokailun sisältö

5.2.1 Riittävä ravinnon saaminen

Hoitojakson aikana ravitsemusterapeutti laatii potilaalle henkilökohtaisen ateriasuunnitelman, joka määrittää potilaan ruoka-annokset. Ruoka-annoksiin ravitsemusterapeutti laskee oikean kalorimäärään sekä ne ravintoaineet, joita potilas tarvitsee. Ateriasuunnitelman ravitsemusterapeutti tekee yhteistyössä potilaan ja hoitajan kanssa. Ateriasuunnitelmassa on eri vaihtoehtoja, joista potilas voi valita hänelle mieluisan.

”Täysin. Yhteistyössä. Mutta tokikaan se ei tarkoita sitä, että potilas pääsisi itse sanelemaan, esimerkiksi energiamäärää tai muuta, mutta valintoja pääsee tekemään.”

”Nii, on tietty energiamäärä mitä suunnitelmassa pitää olla, mutta että mitä se pitää sisällään ni neuvotellaan yhdessä. Ravitsemussuunnittelija ja omahoitaja siinä mukana ja nuori”

Hoitajien mukaan oikeanlaisen ravinnon saaminen on erittäin tärkeää syömis-häiriöpotilaalle. Hoitajat käyttävät välillä myös mittoja apuna kun potilas ottaa ruokaa jotta oikea määrä tulee lautaselle. Hoitajat kuitenkin kokevat, että joissain tapauksissa mittaamisessa saattaa olla enemmän haittaa kuin hyötyä.

”No kyllä sit joskus käytetään jotain juomalasia vähän mittana, tai jostain muuta, jossain muroissa...”

”Aina välillä käydään keskustelua siitä, että kuinka tarkkaan niinkun ne pitäis tavallaan mitata ja kuinka se pitäis saada menemään niinkun sen listan mukaan, että se ei ois niinkun lisää ahdistusta aiheuttava.”

5.2.2 Normaalin ruokailun mallintaminen

Normaalia ruokailua osastolla mallintavat hoitajat. Interventiot -kohdassa (5.3.5) on kuvattu erikseen sitä, miten hoitajat käytöksellään näyttävät esimerkkiä potilaille.

”Varmaan sitä normaalia syömistä, et joka aterialla ottaa ruokaa ja sitten vähän niitä kaikkia ja näyttää sitä mallia.”

”Ja toisaalta sitten ehkä semmosia käytöstapoja ja semmosta niinku normaalia semmosta, niinkun ruokapöytäkeskustelua.”

Perhe mallintaa kotona ruokailtaessa nuorelle ruokapöytäkäyttäytymistä. Tämän vuoksi myös osastolla järjestetään perheruokailu, jolloin hoitaja saa kuvaa siitä miten kotona ruokaillaan. Näin ollen hoitaja voi antaa perheelle vinkkejä kotona ruokailuun.

”Ja koko perhe jos on montakin jäsentä perheessä, niin kaikki hakee ruokaa sillon kun niillä on nälkä ja sit menee omaan huoneeseensa tietokoneen ääreen ruokailemaan.”

Osastolla yhdessä ruokailtaessa nuoret ruokailevat yhdessä. Näissä tilanteissa nuori saa mallia myös toisilta nuorilta. Hoitajien mukaan on hyvä, että syömishäiriöpotilas saa mallia ruokailuun potilaalta, jolla ei ole syömishäiriötä.

”Sen lisäksi että hoitajat tekee sitä (ruokapöytäkeskustelu ja ruokapöytätavat), sitä saattaa tehdä osa nuoristakin, joilla ei oo syömishäiriö.”

5.2.3 Ruokailurituaalit ja ruokailun aikainen ahdistus

Yhdessä ruokailu tuo esiin enemmän erilaisia ruokailurituaaleja, joita muuten ei tulisi esille. Tilanteisiin ennen ruokailua, sen aikana ja sen jälkeen tapahtuviin

liittyy monenlaisia nuoren maneereja eli tapoja ja rituaaleja. Se voi sisältää ruoan piilottamista, hävittämistä tai roskeen laittamista. Ruokailun aikaisia maneereja voivat olla esimerkiksi jalan jatkuva heiluttaminen tai tuolilla keikkuminen. Yhdessä ruokailun tarkoituksena potilaalle onkin harjoitella normaalia syömiskäyttäytymistä.

”Me ollaan yhdessä ja siinä näkee ihan eri tavalla sen nuoren toiminnan. Siinä tulee niin paljon enemmän niitä elementtejä jotenkin mukaan.”

”Lähinnä ihan istumisesta lähtien saattaa olla semmosia maneereja, et täytyy jatkuvasti heilutella jalkaa ja keikkua tuolin reunalla sen syömistilanteen ajan, et se tekis siitä jotenkin siedettävämman.”

”Ja kuinka paljon on kynsien välissä sitä sokeria.”

Syömishäiriöpotilaille yhdessä ruokailuun liittyy paljon erilaista ruokailun aikaista ahdistusta. Hoitajat pyrkivätkin tekemään tilanteesta mahdollisimman helpon ja turvallisen syömishäiriöiselle potilaalle. Ryhmäruokailussa tunnelma voi olla painostava tai ahdistava, riippuen ryhmästä. Yhdessä ruokailutilanteen syömishäiriöpotilaan kanssa, tulisi olla ahdistusta lieventävä. Tilanne on myös tasa-arvoisempi kun potilaat ja hoitajat syövät yhdessä. Hoitajat kertoivat, että mikäli ruokailutilanteessa hoitaja ei söisi, vaan olisi pelkästään potilaan seurana tai taustalla seuraamassa tilannetta, tämä olisi monelle potilaalle ahdistusta lisäävä. Hoitajat mainitsivat myös asianmukaisen ruokailutilan välttämättömyyden ruokailun aikaisen ahdistuksen lieventämiseksi.

”Ne jännittää kaikista eniten nuoria, tietenkin noi ruokatilanteet, kun tänne tulee.”

”Et tavallaan siinä siedätetään samalla sille, et ei ny syödä ja kips, kaps lähdetä pois. Vaan et siinä sitten niinku ollaan ajan kanssa noissa syömistilanteissa.”

”Ja toisaalta ehkä se tekee siitä tilanteesta jotenkin semmosen tassa-arvoisemman, kun kaikki syö. Et se ei oo semmonen, että hoitaja vahtii, et nuori syö.”

5.2.4 Ruokailun aikainen keskustelu

Yhdessä ruokailu pitää sisällään hoidollista keskustelua. Keskustelu on potilasta eteenpäin kannustavaa. Keskustella voidaan myös aiheista, jotka vievät ajatuksia muualle itse ruokailutilanteesta. Interventiot- kohdassa (5.3.6) on kuvattu erikseen miten hoitajat keskustelulla vievät ajatuksia pois ruokailutilanteesta.

”Et toki siin se ohjauksellinenkin puoli sitten on...sitten puhutaan siitä, että näyttikö se samalta kun kotona.”

”Et puhutaan ihan muusta. Perheestä ja perheen harrastuksista, sisaruksista, vanhemmista...”

5.3 Hoitajan käyttämät interventiot ruokailutilanteessa

5.3.1 Hyvän kokemuksen luominen

Potilaan ahdistuksen lievittäminen on yksi keskeisimmistä asioista mitä hoitajan tulee ottaa huomioon syömishäiriöpotilaan kanssa ruokaillessa. Hoitaja auttaa ruokailutilanteessa potilasta sietämään ahdistusta. Hoitaja keskustelee ahdistuksen hallinnasta, mutta myös totuttaa potilasta kestämään hiljaisuutta. Hoitajat yrittävätkin pitää yllä keskustelua lieventääkseen ahdistavaa tunnelmaa. Toisaalta hoitajat myös mainitsivat, että ryhmäruokailussa voi hyödyntää ryhmää ahdistuksen lieventämiseksi. Ruokailutilanteissa hoitajat pyrkivät kiireettömyyteen ja toisaalta, niin sanotusti siedättämään potilaita ruokailun aikaiseen ahdistukseen.

”Niin, se ahdistushan se on se, minkä kans tehdään töitä.”

Hoitajan pyrkimys on rentouttaa ruokailutilannetta siten, että potilaan olisi mahdollisimman helppo ja rento ruokailla. Ruokailutilanteen rauhoittaminen kuuluu keskeisimpänä osana hoitajien käyttämiin interventioihin.

”Täällä se pyrkimys on saada siitä itse ruokailutilanteesta mahdollisimman, niin rento kuin se on mahdollista.”

Ruokailutilanteessa on tärkeää luoda potilaalle turvallisuuden tunne. Turvallisuuden tunnetta hoitaja luo olemalla tukena aikuisena ihmisenä, joka on intensiivisesti ruokailutilanteessa mukana. Vaikeissakin tilanteissa hoitajan tulisi pysyä rauhallisena, ja sitä kautta luoda potilaassa turvan tunnetta. Hoitajat kertovat, että myös fyysisesti lähellä oleminen ruokailutilanteessa luo turvallisuuden tunnetta potilaassa.

”Kyl se varmaan silleen niinkun, sitä turvaa luo sitten se, että niitä aikuisia on siinä paljon suhteessa nuoriin ja se, että ei me nyt hätähdetä kauheen pienistä, et se tunnelma on rauhallinen meidän taholta. Meidän aikuisten taholta.”

”Et kyllä sitten joskus nuoret toivoo että, aika useinkin toivoo, että se omahoitaja olis siinä aika lähellä.”

Hoitajien mukaan syömishäiriöpotilaalla ruokailutilanteet ovat usein erittäin vaikeita. Hoitajan tehtävänä on löytää kuitenkin jokaisesta ruokailusta jotain positiivista ja näin kannustaa potilasta eteenpäin. Hoitajan tulisi pyrkiä löytämään asioita, jotka ovat menneet paremmin verrattuna aiempaan.

”Jos suinkin mahdollista niinkun, ni löytää kuitenkin aina jotain positiivista siitä niinku ruokailusta.”

”...löytää tavallaan niitä asioita mitkä on menny sit kuitenkin ehkä paremmin, vaikka se sit kaikkien muitten silmin näyttää, et kyl oli tosi hankalaa ja vaikeeta...”

5.3.2 Hoidon tavoitteen mieleen palauttaminen

Potilaan kannustaminen koetaan tärkeänä interventiona. Hoitajan tehtävä on olla eteenpäin auttava. Hoitaja kannustaa potilasta ottamaan ruokaa ja jatkaamaan syömistä.

”...hoitajan tehtävä mun mielestä on aika paljon semmonen kannustava ja semmonen niinku eteenpäin, semmonen eteenpäin auttava ehkä.”

Hoitaja tukee hoidollisesti potilasta ruokailutilanteen eri vaiheissa: ruoan ottamisessa, syömisessä ja ruoan mittaamisessa. Hoitaja tukee potilasta myös säännöllisessä syömisessä. Tukiessaan potilasta hoitaja voi hyödyntää ryhmän painetta tukeakseen potilasta syömään. Hoitajat kertovat, että on hyvä vastuuttaa potilasta kokeilemaan eri tapoja, koska on myös potilaita jotka eivät hyödy siitä, että hoitaja on koko ajan vierellä tukemassa. Hoitajat uskoivat, että yhdessä ruokailulla on iso merkitys syömishäiriöiden hoidossa.

”Et sitten joskus, varsinkin niis kahdenkeskisis tilanteissa, sit se on enemmän sitä tukemista, ihan siinä et sais syötyä.”

”Ja täällä voi harjotella, sitä laittamista hoitajan tuella ja arviolla.”

”...vastuuttaa sitä nuorta kokeilemaan eri tavalla mitä, jos se ei oo toiminu se, että siinä kokoajan joku on vieressä tukemassa.”

Ruokailutilanteessa hoitajat keskustelun kautta välillä muistuttavat potilaalle mihin hoidossa pyritään. Päämäärän mieleen palauttaminen hoitajien kertoman mukaan herättää potilaassa toivoa paranemisesta.

”Että niinku, jotenki sen mieleen palauttaminen mihin tässä pyritään.”

”Mutta et sitten tietty semmonen toivon herättäminen siinä nuoressa.”

5.3.3 Käyttäytymisen ohjaaminen sanallisesti

Hoitajat kokivat, että rajojen asettaminen hyödyttää potilasta ruokailutilanteessa. Rajoja tulee asettaa, jotta potilas ei pääse luistamaan ruokailutilanteesta. Sovituista asioista on pidettävä kiinni.

”Kyllä pitää napakka olla. Ainakin et kun jotkuhan yrittää luistaa kaikista kaikin tavoin, et siinä pitää olla kyllä koko ajan sitten niinku pitää sitä omaa linjaa.”

Hoitajan tulee valvoa, että potilas ottaa ruoan ateriasuunnitelman mukaisesti. Hoitajien mukaan potilas saattaa pyrkiä piilottamaan ruokaa ruokailutilanteen aikana, jolloin hoitajan tulee olla tarkkana ja valvoa potilaan toimintaa. Potilasta valvoessaan hoitaja samalla tarkkailee potilaan käyttäytymistä ja huomioi uusia asioita.

”Oma hoitajan on sit vähän katottava, et se, et se menee, ruoan ottaminen sit sen suunnitelman mukaisesti.”

”...niin paljonko siitä banaanista menee sinne lautaselle ja paljon siitä menee roskikseen, ja joihinkin papereihin ja johonkin muuhun pöydän alle.”

”Aina törmää uusiin asioihin, mitä ei oo ehkä ennen hoksannutkaan.”

Yhdessä ruokailun aikana potilaan sanallinen ohjaaminen on usein välttämätöntä. Hoitajan pyrkimyksenä on ohjata potilasta opettelemaan oikeanlaista syömiskäyttäytymistä.

”Et sit opetellaan semmosta syömiskäyttäytymistä.”

5.3.4 Yksilöllisesti toimiminen

Hoitajat toimivat yhteistyössä potilaiden kanssa. Potilas osallistuu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ateriasuunnitelman tekemiseen ja he yhdessä miettivät ateriasuunnitelmasta mieleisen vaihtoehdon. Motivaatiota ruokailuun etsitään myös yhdessä.

”Täysin. Yhteistyössä. Mutta et tokikaan se ei tarkoita sitä, että potilas pääsisi itse sanelemaan esimerkiksi energiamäärää tai muuta, mutta valintoja pääsee tekemään.”

”Yleensä siinä yhdessä katotaan, et jos siinä on vaihtoehto, et minkä vaihtoehdon otat ja nuori rupee siinä sit kokoomaan...”

”...sitä motivaation etsimistä yhdessä.”

Hoitajat kokevat, että on tärkeää ymmärtää potilaan maailmaa ja nähdä potilas yksilönä. Hakea eri tapoja eri nuorten kanssa ja toimia yksilöllisesti.

”Nii jotenkin, se on aina tietty helpompi lähteä auttamaan, kun ymmärtää, mikä se toisen maailma on.”

”Se riippuu niin nuoresta, se on niin yksilöllistä, et mikä kenenki kans toimii.”

5.3.5 Esimerkin näyttäminen

Hoitaja näyttää omalla käyttäytymisellään potilaalle esimerkkiä hyvästä käyttäytymisestä. Hoitajat korostivat sitä, että hoitajan on tärkeää käyttäytyä hyvin ruokailun aikana. Käyttäytyminen mallintuu potilaalle ruokailutilanteessa.

”Varmaan sitä normaalia syömistä, että joka aterialla ottaa ruokaa ja sitten vähän niitä kaikkia ja näyttää sitä mallia.”

Hoitaja mallintaa käyttäytymistapoja potilaaseen ruokailun aikana. Hoitajien mukaan nuorella syömishäiriöpotilaalla saattaa yhdessä ruokailu olla kotona hyvinkin kaoottista. Nuorella ei välttämättä ole ketään mallintamassa hyviä ruokapöytäkäytöstapoja. Hoitajan tehtävänä yhdessä ruokailussa on näyttää esimerkillään hyviä käytöstapoja.

”...mikä ei ehkä ole tuttuakaan kaikille siis kotoo kuitenkin.”

5.3.6 Keskustelun kautta ajatusten pois siirtäminen ruokailutilanteesta

Keskustelu potilaan kanssa kiinnostavista aiheista on tärkeää. Tarkoituksena on viedä potilaan ajatuksia pois ruokailusta, ja näin luoda helpompi ruokailutilanne potilaalle. Keskustelu voi myös sisältää ruokailuun liittyviä aiheita, kuten keskustelua ravintoaineiden tärkeydestä.

”Et jos niinku puhutaan, jotain, siis jostain heijän harrastuksista tai koulunkäynnistä tai jostain muusta kun... et se mikä veis huomioo siitä syömisestä johonkin muualle.”

”Et käydään kertauksen vuoks lisäksi tai siis läpi, että mitäs rakennusaineita se elimistö tarttikaan.”

Ruokailun aikainen keskustelu auttaa usein potilasta rentoutumaan. Ruokailutilanteen ollessa itsessään jo hyvin epämiellyttävä syömishäiriöpotilaalle, hoitaja vie keskustelun avulla ajatuksia muualle ja rentouttaa ruokailutilannetta.

”Ja semmosta siinä sit ehkä hoitajana yrittää viritellä, että siitä saisi semmosen jollain tapaa niin rennon kun mahdollista istua siinä tilanteessa.”

5.4 Hoitajien tunteet

5.4.1 Realistisuus ja mielenkiinto

Hoitajat tiedostivat hoidon tavoitteiden realistisena pitämisen tärkeyden yhdessä ruokailun onnistumiseksi. Realistisuus helpotti hoitajien omien tunteiden käsittelyä yhdessä ruokailussa. Hoitajat tiedostivat hoitojakson lyhyiden sekä syömishäiriö sairauden vaikeuksien realiteetit. Hoitojakso on kerrallaan kahdeksan päivää. Hoitojakson ollessa lyhyt ja sairauden vaikea, hoitajat kokivat hyvänä asiana, ettei aseteta liian suuria tavoitteita yhdessä ruokailulle. Hoitajat kokivat, että hoidon tavoitteiden pitäminen realistisena helpotti myös heidän omien tunteidensa käsittelyä.

”Mut sitten, ehkä jotenkin sen tiedostaminen, et myös sitten et... no varsinkin täällä sitten, et on vaan hyvin pieni jakso, kahdeksan päivää tässä ja sairaus on vaikea. Et tavallaan myös se, ettei laiteta liian suuria tavoitteita, ni se helpottaa ehkä sitten myös niiden tunteiden kanssa työskentelyä.”

Hoitajien aloitteesta ja osaston asiakaspalautteiden perusteella yksikössä kehitetään yhdessä ruokailua sekä sovellettua perheruokailumallia. Hoitajat olivat halukkaita ja motivoituneita kehittämään yhdessä ruokailua syömishäiriöpotilaiden hoidossa. He olivat miettineet miten heidän tulisi kehittää työtään omassa yksikössään, koska perheet ja perheruokailutilanteet ovat hyvin haasteellisia.

”Että on parempaan suuntaan niinku menny. Et me mietitään, et mitä me kehitetään. Me ollaan kehitetty sitä perhetyötä, sekin että perheet on hyvin haasteellisia, ja nää perheruokailut ja mitä siihen liittyy.”

Hoitajat kertoivat mielenkiinnostaan työskennellä yhdessä ruokailu tilanteissa syömishäiriöpotilaan kanssa. He kokivat, että vaikka työ on raskasta, olemalla

mukana kaikessa omahoitajana, he saavat työstään paljon. Työn mielenkiintoa lisää myös positiivisen palautteen saaminen.

”Mut kyl mä oon saanu... ja on ollu tosi mielenkiintoista olla täällä töissä mun mielestä.”

”...vaikka se tuo oman raskauden, et sä oot sitten omahoitajana sit kaikessa mukana. Mut et kyl mä aattelen, et siit sitten on saanu silleen positiivista palautetta.”

5.4.2 Ymmärrys ja myötätunto

Hoitajat ymmärsivät ja kokivat myötätuntoa syömishäiriö nuoren vanhempia kohtaan. Tunteita hoitajissa herättää joskus enemmän potilaan vanhemmat kuin itse nuori. He näkevät kuinka vaikeaa nuoren syöminen joskus saattaa olla. He tietävät sen olevan joskus vielä vaikeampaa potilaan kotona ja kokivat sen myötä myötätuntoa vanhempia kohtaan. Hoitajat ymmärsivät ja kokivat myötätuntoa myös vanhempien syyllisyyden tunteita kohtaan, jotka johtuivat vanhempien turhautumisesta syömishäiriönuoren sairautta kohtaan.

”Isompia tunteita ehkä sitte herättää joskus vanhemmat, kuin se itse nuori. Vaan jostain syystä. Et kyllä tota noin tietenkin siinäki monesti ymmärtää hyvin niitä vanhempia, et kun näkee kuinka vaikeeta se on täällä. Ni, se on vielä kymmenen kertaa tai vaikka kuinka moninkertaisesti vaikeempaa siellä kotona.”

Hoitajat kertoivat myös tuntevansa ymmärrystä ja myötätuntoa syömishäiriönuorta kohtaan, joiden he kokivat joskus olevan melko yksin sairautensa kanssa. Haastattelemamme hoitajat kertoivat, että nuoren ristiriidat vanhempien kanssa nuoren sairaudesta sekä vanhempien ymmärtämättömyys nuoren sairautta kohtaan, herätti heissä ymmärrystä nuoria ja nuorten maailmaa kohtaan.

*”Mut sit joskus ehkä sitten, se et jos vanhempien on hirveen vai-
kee joskus ymmärtää jotenkin tätä sairautta ja vaikka sitä kuinka
väännetään ni.. tai joskus nuoret on kauheen yksin, tavallaan.”*

*”Kun käydään näitä keskusteluja. Se et miten paremman ymmär-
ryksen siitä sitä kautta sit saa, siitä nuoren sisäisestä maailmasta
suhteessa siihen syömiseen ja suhteessa syömishäiriöön. Niin jo-
tenkin, se on aina tietty helpompi lähtee auttamaan, kun ymmär-
tää, mikä se toisen maailma on. Et täss pääsee aika lähelle, mun
mielestä aika lähelle jossain kohti.”*

5.4.3 Turhautuminen ja keinottomuus

Hoitajat kokivat ajoittaista turhautumista syömishäiriöpotilaan ruokailun suhteen ja joidenkin nuorten kohdalla yhdessä ruokailun vaikuttavuudesta sekä nuoren syömisestä tulevaisuudessa. Kokeiltuaan monia erilaisia keinoja syömishäiriöpotilaan ruokailun edistämiseksi, hoitajat kokivat, että hoitokeinot eivät siltikään tuntuneet toimivan ja potilaan hoito ei edistynyt. Syömishäiriö sairauden tuomien haasteiden takia, hoitajat kokivat ajoittain turhautumista hoitokeinojen vaikuttavuuteen.

*”Mut se on ehkä niinkun, justiin kun on pitkä hoito osastolla ja ta-
vallaan niinku keinoja kokeillaan, jos jonkinlaista. Ja sitten kun
tuntuu, että tää homma ei vaan mene mihinkään ja se ei niinkun,
tai siltä se ehkä saattaa tuntua. Ni se on ehkä semmonen... mä
aistin sen ehkä turhautumisen tunteeksi joskus joidenkin nuorten
kohdalla.”*

Monia eri interventioita ruokailun edistämiseksi käytettyään, hoitajat kuvailivat tuntevansa turhautumista ja keinottomuutta hoitokeinojen vaikuttavuudesta. Varsinkin uusien keinojen epäonnistuessa ruokailussa, hoitajat kuvailivat tuntevansa keinottomuutta potilaan ruokailun onnistumisen suhteen.

”Niin, kylhän sitä joskus on, että mitä mä nyt vielä keksin. Et oon vaan antanu kaikkeni ja mitä mä nyt keksin.”

”Et sit se on vaan niinku, et joka kerta tuntuu olevan saman näköistä se ruokailu, vaikka sitä yritetään työstää... just semmonen keinottomuus, että mitä mä vielä koittaisin, että tää helpottuis. Ei oo taikasauvaa valitettavasti.”

5.4.4 Työn haasteiden tuoma väsymys

Hoitajat kertoivat, että jotkut potilaat voivat nostattaa enemmän tunteita pintaan ja aiheuttaa väsymystä yhdessä ruokailun henkisestä raskaudesta. Hoitajat kuvasivat, että päivittäin toistuva yhdessä ruokailu potilaiden kanssa sai hoitajat tuntemaan, että joinakin päivinä he eivät jaksaneet oikein puhua tai osallistua. He kuvasivat myös, että heidän tunteensa vaihtelevat, jokainen päivä on erilainen, kuten potilaatkin ovat kaikki erilaisia.

”Joku päivä on, ettei itekään oikeen jaksa puhua tai osallistua.”

”Niin, ja ehkä kylhän nuoretki on erilaisii, et toisten syömishäiriöt vetää niinku omia tunteita pintaan ja niiden kans joutuu tekeen enemmän töitä.”

Haasteellisuuden tunnetta hoitajat kokivat siitä, etteivät he halunneet välittää nuorelle vääränlaista palautetta tai hoitajien itsensä kokemaa tunnetta nuoren käytöksestä. Hoitajat kokivat yhdessä ruokailun haasteelliseksi myös kaikkia keinoja jo käytettyään sekä uusien keinojen vähyyden takia. He kokivat antaneensa kaikkensa eri vaihtoehtojen suhteen, jotta yhdessä ruokailu helpottuisi nuorelle.

”Mut et kyl siinä joutuu niinku työstämään, ettei se turhautuminen purkaudu nuoreen sit jossain semmosessa tilanteessa, missä on

*niinku tunne siitä hänen, tai palaute siitä hänen käytöksestään.
Niin, se on ehkä se haastavin.”*

Yhdessä ruokailu aiheutti tauottomuutta hoitajien työhön. Hoitajien ruokaillessa nuorten syömishäiriöpotilaiden kanssa, varsinkin kahdenkeskisissä ruokailuissa, heillä ei varsinaisesti ole omia taukoja ilman potilaiden fyysistä läsnäoloa. He kokivat tauottomuuden tekevän työn raskaaksi.

”Yks näkökulma ehkä tähän malliruokailuun on se, että...siis koska taukojahan ne ei henkilökunnalle missään tapauksessa ole, varsinkaan kahdenkesken syöminen. Siinä ei ole niin kuin mitään taukoa muistuttavaakaan. Et se on ihan täyttä työtä.”

”Vaikka se ei aina vaadi kauheesti hoitajalta välttämättä se porukassa syöminen, ei se varsinaisesti semmonen tauko työstä oo. Et vois vaan olla omien ajatustensa kanssa. Sillai se voi käydä tavallaan se työ vähän raskaaks, jos niinkun niitä taukoja ei sitten huolehdi muuten.”

Myös ruokailutilan ahtaus toi hankaluutta työhön, esimerkiksi kuuden nuoren ja hoitajien ruokaillessa yhdessä pienessä pöytätilassa. Hoitajat kokivat tilan ahdistuksen vaikeaksi myös nuoren kannalta, mikäli yhdessä ruokailuun liittyi ahdistusta.

”Mutta aika ahdas se meidän ruokailutila on.. että jos ahdistaa, ni kyl siinä ollaan aika kylki kyljessä, jos siinä on kuusi nuorta ja neljä hoitajaa ni.”

5.4.5 Tyytyväisyys

Yhdessä ruokailusta koettiin yleisesti tyytyväisyyttä, hoidon kannalta siinä ei nähty huonoja puolia. Hoitajat kokivat yhdessä ruokailun olevan hyvä tapa. Kun sekä hoitajat että potilaat syövät yhdessä, tilanteesta tulee normaalimpi, kuin

jos hoitaja vain katselisi vierestä. Hoitajat kokivat tyytyväisyyttä saadessaan näyttää syömisen mallia. He kokivat, että heidän työnsä yhdessä ruokailun edistämiseksi on mielenkiintoista. Hoitajat olivat yllättyneitä potilaiden ja heidän omaistensa hyvästä palautteesta, koskien yhdessä ruokailu mallia yhtenä hoitokeinona.

”Mut ei siinä niinku silleen, vaikee siit on silleen kauheesti huonoja puolia, itse siit malliruokailusta löytää.”

”Mut se on mun mielestä ollu ihan hyvä tapa.”

”Voi näyttää mallia nuorille.”

Yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaiden kanssa loi hoitajille myös tyytyväisyyttä henkilökohtaisista eduista, joita ruokailun myötä sai. Yhtenä etuna he pitivät, että he voivat itsekkin syödä terveellisesti ja säännöllisesti ruokaillessaan yhdessä potilaiden kanssa. Hoitajilla itselläänkin pysyy paino kurissa heidän syödessä työssään säännöllisin väliajoin.

”Jos aattelee ite, niin täällä saa itekin myös syödä, niinku säännöllisesti. Ja kunnon ruoat, säännöllisin väliajoin.”

”Itselläkin paino pysyy kurissa, kun syö säännöllisin väliajoin.”

Tyytyväisyyttä koettiin perheen mukanaolosta ruokailussa, sen myötä he saavat enemmän tietää kuinka potilaan ruokailu sujuu kotona. Hoitajat kokivat tyytyväisyyttä perheruokailun luomasta mallista normaaliin syömiseen, jonka koko syömishäiriöpotilaan perhe saa ruokaillessaan osastolla yhdessä.

”Se on hyvä, et se on se koti siinä mukana ja tää on myös koko aika se, et kuinka se kotona sujuu.”

”Ja vanhemmat, että vanhemmat syö kanssa ja et se on ihan normaalia.”

5.4.6 Pettymys

Perheruokailu aiheutti joskus ikäviä pettymyksen tunteita hoitajille yhdessä ruokailun toimimattomuudesta. Vanhemmat aiheuttivat joskus vaatimuksineen kiukkua ja harmistumista hoitajille. Yhdessä ruokailun ristiriidat syntyivät hoitajien mukaan siitä, että nuoren syöminen saattaa olla hyvinkin erilaista hoidon aikana kuin kotona.

”Vanhemmat koko ajan puuttuu nuoren syömiseen mulle.”

”Tai sit niin on kauheita vaatimuksia sieltä kotoo, niin sitten joskus kiukuttaa, suuttuttaa ne vanhemmat joskus.”

”Et se ei oookkaan sellasta, mitä me nähdään sen nuoren syövän täällä, et vaan se on ihan erilaista, kauheen riitasta.”

Hoitajat kokivat myös harmistumista ja pettymystä lyhyen hoitojakson jälkeen yhdessä ruokailu mallin siirtymättömyydestä potilaan arkeen kotona. He tiedostivat, että kaikki perheet eivät tähän pysty ja hoitomalli ei välttämättä siirry potilaan hoitojakson jälkeen hänen arkeensa.

”Se ongelma on usein sit se, et se ei kannu kauheen pitkälle sinne arkeen.”

Hoitajat kertoivat hoitojakson olevan avohoitopuolella kahdeksan päivää. Tämän jälkeen potilas siirtyy kotiinsa ja hoito jatkuu kotoa käsin seurantakäynneillä muissa yksiköissä. Hoitojakson koettiin olevan liian lyhyt erityisesti vaikean syömishäiriösairauden hoitoon.

”Mut sitten, ehkä jotenkin sen tiedostaminen, et myös sitten et... no varsinkin täällä sitten, et on vaan hyvin pieni jakso, kaheksan päivää tässä ja sairaus on vaikea.”

5.4.7 Toivo hoidon vaikuttavuudesta ja jatkuvuudesta

Hoitajat uskoivat, että yhdessä ruokailulla on iso merkitys syömishäiriöitten hoidossa. He kokivat tärkeäksi sen, että on koko ajan mielessä toivo hoidon onnistumisesta ja toivo selviämisestä. Hoitajalla tulisi olla mielessään toivon tunne potilaan hoidon onnistumisesta, jotta hän voisi välittää sitä myös nuorelle ja hänen perheelleen.

”Et jotenkin hoitajalla pitäis kuitenkin olla kokoajan se niinku mielessä, että kyllä tästä selvitään, niinku tavallaan se toivo.”

”Et tavallaan sä hoitajana sitte löydät sitä toivoa siellä ja jotenkin sitä saat sit välitettyä nuorelle ja perheelle, et tää nyt vaan on vaikea ja pitkä sairaus ja tähän kuuluu monenlaisia vaihteita.”

Hoitajat toivoivat, että heidän hoitojaksolla aloittamansa yhdessä ruokailu jatkuisi myös hoitojakson jälkeen potilaan kotona, arjessa. He olivat toiveikkaita yhdessä ruokailun jatkuvuudesta esimerkiksi perheen tukemana. He kertoivat toivovansa pienenkin edistysaskeleen tapahtuvan hoidon aikana niin, että hoitojakson jälkeen potilaan kotona tuettaisiin myös yhdessä ruokailun jatkumista.

”Toivois, että kun sitä työtä jatkettais, niin kuin et jos joku palanen ois liikahtanu, et sit siihen tuettais niinkun siellä kotonakin.”

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys

Etiikka käsittelee kysymyksiä siitä, mikä on hyvää ja mikä pahaa, eli mikä on oikein ja mikä on väärin. Tutkimusta tehdessään tutkija törmää usein eettisiin kysymyksiin, jonka vuoksi hänen tulee olla tietoinen eettisistä periaatteista ja toimia niiden mukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu monia eri seikkoja, jotka tutkijan on otettava huomioon. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on aina tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tutkimuksenteossa noudatettavan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Heti opinnäytetyöprosessin alussa perehdyimme kirjalliseen tietoon opinnäytetyön eettisistä periaatteista ja pyrimme parhaamme mukaan toimimaan niiden mukaisesti.

Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään (Tuomi & Sarajärvi 2006, 126) Opinnäytetyön aiheen valitsimme Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opinnäytetyötoivelistasta, koska aihe tuntui meistä molemmista mielenkiintoiselta. Aiheen valinta määräytyi siis aihevalikoiman kautta. Opinnäytetyön suunnitelman valmistuttua haimme lupaa opinnäytetyölle Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Luvan myönsi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin opetusylihoitaja. Yhteistyöosaston osastonhoitajan kanssa olimme yhteydessä ja sovimme haastatteluun liittyvistä asioista, sekä osallistujien informoinnista. Osastonhoitajalle kerroimme opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteista jo ennen ryhmähaastattelua sähköpostin välityksellä, sekä suullisesti. Osastonhoitaja välitti tietoa eteenpäin sairaanhoitajille ennen osallistujien valintaa. Informoimme haastateltavia teemahaastattelun aiheesta, vapaaehtoisuudesta ja nauhoituksesta saatekirjeen avulla ennen haastattelua.

Tekijöiden tulee noudattaa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, sekä esittämisessä. Rehellisyys ja avoimuus kuuluvat myös tärkeinä osina eettiseen toimintaan. On otettava huomioon muiden tutkijoiden työt ja huomioitava ne asianmukaisella tavalla. Tekstejä ei plagioida, eikä

toisten tutkijoiden osuutta vähätellä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2002) ohjeiden mukaan, kaikessa tutkimustoiminnassa on otettava muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että heidän työtä kunnioitetaan sekä annetaan heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessaan ja sen tuloksia julkistettaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2002.) Tässä opinnäytetyössä olemme ilmoittaneet lähteemme asianmukaisella tavalla. Koko opinnäytetyöprosessin ajan olimme hyvin huolellisia siitä, ettei suoria lainauksia toisten teksteistä oteta. Erityistä huolellisuutta kiinnitimme myös siihen, että tulosten esittäminen oli totuudenmukaista.

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa pidetään ihmisarvon kunnioittamista. Ihmiselle on annettava mahdollisuus päättää itse osallistuuko tutkimukseen. Tutkijan on myös selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille työstä annetaan, sekä millaisia mahdollisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti on kuitenkin säilytettävä. Osallistujalle tulee hyvin selkeästi kertoa, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimuksen kaikissa eri vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Ennen ryhmähaastattelua jokainen osallistuja sai opinnäytetyöstä kirjallista (liite 2) ja suullista tietoa. Tiedotteessa painotimme, että osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujilla on oikeus keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Osallistujat saivat esittää avoimesti kysymyksiä ennen ryhmähaastattelun alkua. Kirjallisen tiedotteen lisäksi jokainen osallistuja allekirjoitti suostumuslomakkeen. Osallistujien anonymiteetistä olemme pyrkineet pitämään huolen koko opinnäytetyöprojektin ajan. Tulokset ja suorat lainaukset on koottu niin, ettei niistä pysty yksittäistä osallistujaa tunnistamaan. Tutkijan tulee suojella tutkittavien yksityisyyttä hyvin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176). Ryhmähaastatteluun osallistuneiden hoitajien nimiä ei ole mainittu tässä opinnäytetyössä, jolloin kyseisten henkilöiden ehdoton anonymiteetti säilyi. Aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

6.2 Luotettavuus

Kaikessa tutkimustoiminnassa pääpainona on pyrkimys välttää virheitä, joten yksittäisessä tutkimuksessa arvioidaan aikaansaadun tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen metodikirjallisuudessa korostetaan raportin kokonaisluotettavuuden tarkastelua. (Tuomi 2007, 149.) Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Sitä arvioidaan kokonaisuutena, jotta sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuisi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Tässä opinnäytetyössä olemme keskittyneet kokonaisluotettavuuden tarkasteluun.

Luotettavuuden arviointi kuuluu hyvän tutkimuksen tekemiseen, jossa pyritään virheettömyyteen tutkimusta tehdessä. Tarkka selostus tutkijalta edesauttaa tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen kaikki vaiheet tulee kirjoittaa työhön tarkasti, selkeästi ja ymmärrettävästi. (Hirsjärvi ym. 2007, 216–217.) Tässä opinnäytetyössä olemme pyrkineet virheettömyyteen tuloksien analysointia tehdesämme, sekä olemme pyrkineet selvittämään kaikki työmme vaiheet selkeästi. Siksi olemme raportoineet analyysin eri vaiheet selkeästi taulukossa 1, esimerkkinä analyysin etenemisestä.

Vilkan (2005) mukaan, koko laadullisen tutkimuksen etenemisen ajan, tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuksen toteuttaminen vaikuttavat toisiinsa, ne eivät ole erillisiä tapahtumia. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerinä on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä. Tutkijan tuleekin arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. (Vilkka 2005, 158–159.) Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastatteluna. Näin sairaanhoitajilla oli mahdollisuus kertoa mahdollisimman laaja-alaisesti omista näkemyksistään.

Esihaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja hypoteettisten eli oletettujen kysymysten muotoilua, joita voidaan vielä näiden koehaastattelujen jälkeen muuttaa. Esihaastattelujen avulla haastattelijat harjaantuvat tehtäväänsä. Näin toimittaessa ensimmäiset varsinaiset haastattelut sisältävät vähemmän virheitä, kuin jos edettäisiin niihin suoraan ilman esihaastatteluja. Esihaastattelut ovatkin teemahaastattelun tärkeä ja välttämätön

osa. Vaihtoehtoisten lisäkysymysten esittämistä on myös syytä harjoitella. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 71–73.) Tässä opinnäytetyössä testasimme ryhmähaastattelurungon etukäteen esihaastattelussa oppitunnilla opiskeluryhmän kanssa. Tämä auttoi meitä harjaantumaan haastattelijana olemiseen.

Hirsjärven & Hurmeen (2009) mukaan, ryhmähaastattelussa voidaan käyttää etukäteen laadittua haastattelurunkoa, joka ei ole laadittu yksityiskohtaisen kysymysluettelon tavoin, vaan teema-alueuuttelon muotoon. Tällöin teema-alueet ilmentävät teoreettisten pääkäsitteiden tarkentamia alakäsitteitä tai –luokkia. Varsinaisessa haastattelutilanteessa, haastattelurunko toimii haastattelijan muistilistana ja tarpeellisena keskustelua ohjaavana apuvälineenä. Teema-alueet voidaan siten tarkentaa haastattelutilanteessa kysymyksillä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 66.) Tässä opinnäytetyössä haastattelijat käyttivät etukäteen laadittua haastattelurunkoa sekä apukysymyksiä, jotka toimivat ohjaavana apuvälineenä. Koimme apukysymyksien muodostamisen haasteelliseksi, koska pelkäsimme niiden johdattelevan haastateltavia liikaa. Olimme myös varautuneet etukäteen haastatteluun muutamien lisäkysymyksin, joita ei kuitenkaan tarvittu varsinaisessa haastattelussa.

Jo suunnitteluvaiheessa tutkijan on päätettävä, mitä välineitä hän tarvitsee haastattelun aikana. Haastattelun tallentaminen jossakin muodossa on myös välttämätöntä. Vain tällä tavoin saadaan haastattelu sujumaan nopeasti ja katkoitta. Joissain tapauksissa on paikallaan käyttää videonauhuria. Kun haastattelu nauhoitetaan, saadaan kommunikaatiotapahtumasta säilytetyksi kaikki olennaiset seikat. Havaintojen mukaan haastateltavat unohtavat hyvin pian nauhoitettavien tallentimien olemassaolon, mikäli alussa niitä jännittäisivätkin. Ennen varsinaista haastattelua olisi hyvä kokeilla, miltä tallennukset kuulostavat. Ihmiset puhuvat eri voimakkuuksilla ja mikrofonit saattavat olla kaukana joistakin puhujista. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63, 75, 92.) Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastattelu nauhoitettiin. Varmistimme nauhoituksen toimivuuden kahdella eri äänityslaitteella, nauhoittavalla sanelukoneella ja videonauhurilla, josta käytimme vain ääninauhoitusta. Emme huomanneet, että haastateltavat olisivat olleet jännittyneitä tallentimien käytöstä ja niiden olemassaolo ei mielestämme häirinyt keskustelua. Harjoittelimme ja testasimme etukäteen sanelukoneen sekä

videonauhurin äänityksen käyttöä tilassa jossa haastattelun toteutimme, ja näin varmistimme haastattelun laadun ja onnistumisen.

Jos ryhmähaastattelussa on mukana kaksi haastattelijaa, tilanteen ohjailu helpottuu. Toisen esittäessä keskustelun teemoja ja seuraten sen kulkua, toinen voi valmistella uuden teeman aloitusta. Istumajärjestys on haastattelun onnistumisen kannalta tärkeää. Haastateltavat eivät saisi istua liian kaukana haastattelijasta, muutoin äänityksen laatu saattaa kärsiä. Toisaalta luottamuksellinen ilmapiiri saattaa kärsiä etäisyydestä. Haastattelu edellyttää myös rauhallista paikkaa. Muiden ulkopuolisten ihmisten läsnäolo saattaa vaarantaa haastattelua, varsinkin jos he puuttuvat haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63, 91, 127.) Haastattelu toteutettiin rauhallisessa, suljetussa tilassa, pyöreään pöydän ääressä istuen, jossa kaikki osallistujat olivat lähellä toisiaan ja äänityslaitteita. Kaikkien haastateltavien ääni oli helposti kuultavissa äänityslaitteista. Haastattelua eivät häirinneet ulkopuoliset häiriötekijät. Molemmat opinnäytetyöntekijät osallistuivat ryhmähaastatteluun. Haastattelijoiden kokemattomuus haastattelijoina saattoi vaikuttaa aineiston laatuun. Vaikka ryhmähaastattelu kasvotusten antoi hyvän mahdollisuuden esittää haastattelurungon kysymyksiä, saattoi se myös rajoittaa tiedon saamista. Haastateltavien saattoi olla esimerkiksi vaikeampaa puhua joistakin mielipiteistään ja kokemuksistaan kasvotusten muiden ryhmäläisten ja haastateltavien kanssa, kuin jos he olisivat voineet vastata kysymyksiin omassa rauhassa yksilöhaastatteluissa.

Sen jälkeen kun aineisto on tallennettu, tutkijalla on kaksi tapaa valittavanaan, sanasta sanaan puhtaaksikirjoitus eli litterointi koko haastatteludialogista tai valikoiden esimerkiksi teema-alueista. Toinen vaihtoehto on että, aineistoa ei kirjoiteta tekstiksi, vaan päätelmiä tai teemojen koodaamista tehdään suoraan tallennetusta aineistosta. Sanasta sanaan kirjoittaminen on työlästä ja hidasta. Monien mielestä litterointi onkin eniten sitkeyttä vaativa ja aikaa vievä vaihe haastattelututkijan työssä. Aineisto kannattaa ehdottomasti purkaa tietokoneelle, jolloin säästyy ylimääräisiltä aineistojen siirroilta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 138–140.) Tässä opinnäytetyössä ryhmähaastattelun keskustelu litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan. Jaoimme haastattelun tallennuksesta litteroitavan aineiston aikamääräisesti puoliksi molemmille opinnäytetyöntekijöille. Aineisto purettiin molempien opinnäytetyöntekijöiden tietokoneille säästyäk-

semme ylimääräisiltä aineistojen siirroilta. Tarkastimme myös toistemme puhtaaksi kirjoittaman tekstin vertaamalla sitä nauhoitukseen ja teimme tarvittavat korjaukset.

Kun haastattelijoita on useampia, eteneminen on mahdollista ryhmäprosessoinnin avulla. Tällöin haastattelijat kokoontuvat keskustelemaan, mitä teemoja heidän aineistostaan tulee esille, sekä mitä yhteisiä teemoja löytyy, sekä päättämään lopullisesta koodauskategoriasta. Aineiston käsittelyyn ja analyysiin on ryhdyttävä mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen (Hirsjärvi & Hurme 2009, 135, 138). Keskustelimme yhdessä aineistosta nousseista teemoista ja päätimme koodaustavoista. Aloitimme haastattelun puhtaaksi kirjoituksen heti haastattelun jälkeen.

Laadullinen analyysi alkaa jo itse haastattelutilanteessa. Tutkijan itse tehdessä haastattelut, hän voi jo haastattellessaan tehdä havaintoja ilmiöistä niiden uusiutuvuuden, toistuvuuden, jakautumisen ja erityistapausten perusteella. Teema-haastattelun avulla kerätty aineisto on yleensä runsas. Aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekee analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi, samalla se voi olla ongelmallista ja työlästä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 135–136.) Jo haastattelun aikana pystyimme huomaamaan esille tulleita ilmiöitä ja teimme havaintoja tiettyjen asioiden toistuttua haastattelun aikana useamman kerran. Runsaan keskustelun ansiosta, ryhmähaastattelu antoi meille riittävän aineistomäärän.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata sen perusteella kuinka huolellisesti aineistoa on käsitelty ja onko kaikki materiaali käytetty, sekä onko nauhoite kirjattu oikein ja kuinka hyvin tulokset lopulta vastaavat haastateltujen ajatusmaailmaa. Opinnäytetyön uskottavuuteen vaikuttaa myös lähteiden luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 189.) Tässä opinnäytetyössä, analyysistä muodostuneita tuloksia esittäessämme, liitimme haastattelusta poimittuja suoria lainauksia osoittamaan tulosten luotettavuutta. Pidimme jatkuvasti mielessämme aineistoa analysoidessamme, mitä olemme tutkimassa ja mitkä ovat opinnäytetyömme tarkoitus, tehtävä ja tavoite. Tässä opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman luotettavia kirjallisuuslähteitä, edistääksemme opinnäytetyömme luotettavuutta.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaan kanssa on ja selvittää hoitajien käyttämiä interventioita ja heidän omia tunteitaan yhdessä ruokailu tilanteissa. Seuraavaksi tarkastelemme tuloksia kirjallisuuteen verraten.

6.3.1 Yhdessä ruokailun muodot

Yhdessä ruokailua on kolmen eri muotoista; Yhdessä ruokailu ryhmässä, yhdessä ruokailu kahden kesken ja yhdessä ruokailu perheen kesken. Yhdessä ruokailu pyritään toteuttamaan syömishäiriöpotilaan kanssa pääsääntöisesti ryhmäruokailuna, jossa sekä hoitajat että potilaat ruokailevat yhdessä. Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2011, 575) mukaan ateriointiin liittyy ravinnon saannin lisäksi laajemman sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yhdessäolon jakamisen kokemuksia. Tammisen (2004) mukaan ruokailu koetaan tavallisimmin yhteisen mielihyvän sävyttämiseksi, mutta se saattaa sisältää koviakin jännitteitä, jolloin ristiriidat voivat kärjistyä ruokailutilanteessa (Tamminen 2004, 319). Kahden kesken ruokailua toteutettiin vain äärimmäisissä tilanteissa, joissa yhdessä ruokailu muiden potilaiden kanssa ei onnistunut.

Yhteisillä ruokailutilanteilla korostuu myös perheen yhteenkuuluvuutta korostava vaikutus (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 575). Perheen merkitys syömishäiriöpotilaan hoidossa nousi merkittävästi esille. Tuloksissa tulikin ilmi, että perhe-ruokailu pyritään järjestämään vähintään kerran hoitojakson aikana. Tulosten mukaan perhe on se, joka mallintaa nuorelle syömishäiriöpotilaalle syömiskäyttäytymistä. Perheen ja hoitajien yhteistyötä hoitajat pitivät tärkeänä. Perheen motivoituminen hoitoon on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta (Käypä hoito 2009). Osastolla on käytössä sovellettu Maudsleyn-malli, joka antaa hoitajille tietoa ja opastusta perheen merkityksestä syömishäiriöpotilaan hoidossa. Maudsleyn-mallissa pyritään aikaansaamaan painon ja nuoren kehityksen palautuminen vanhempien tuella ja avustuksella (Lock ym. 2001, 2).

6.3.2 Yhdessä ruokailun sisältö

Ravinnon tärkeys nousi vahvasti esille tuloksissa. Hoidon alussa keskeisellä sijalla ovat ravitsemustilan korjaaminen sekä ruokailutottumusten ja syömiskäyttäytymisen normalistaminen (Käypä hoito 2009). Yhdessä ruokailu sisältää ravitsemusterapeutin laatiman henkilökohtaisen ateriasuunnitelman, joka tehdään yhteistyössä potilaan ja hoitajan kanssa. Keski-Rahkonen ym. (2008) kuvaavatkin ravintoa tärkeäksi osa-alueeksi syömishäiriöpotilaan hoidossa. Biologinen normaalipaino on yksilöllinen ja geneettisesti määräytyvä paino, joten ravitsemussuunnitelma ja painotavoite on aina tehtävä henkilökohtaisesti. Kun anoreksiaa sairastava suurentaa ruokamääräänsä, alkaa elimistö rakentaa uudeleen menettämiään kudoksia, tähän tarvitaan suunnattomasti energiaa. Aineenvaihdunta saattaa myös vilkastua huomattavasti kun esimerkiksi lihaksia ja rasvakudosta syntyy, pulssi tihenee, kehon lämpötila ja aterioiden jälkeen tapahtuva lämmöntuotanto lisääntyvät. Anoreksiaa sairastava syö tällöin suurempia annoksia kun muut perheenjäsenet. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 95,102.) Suurten ateriamäärien vuoksi ei hoitajan tarvitse syödä yhtä suurta määrää yhdessä ruokaillessaan syömishäiriöpotilaan kanssa, koska hoitajan ei tarvitse nostaa painoa. Hoitajan laihduttaessa se ei myöskään saa näkyä ruokailutilanteessa. (Viljanen ym. 2005, 200.)

Yhdessä ruokailu saattaa sisältää erilaisia syömishäiriöpotilaiden ruokailurituaaleja. Charpentierin (2008) mukaan erilaisia ruokailurituaaleja voi esiintyä ruokailua ennen, ruokailun aikana tai sen jälkeen. Rituaalit ennen ruokailua liittyvät usein ruoan ansaitsemiseen. Syömisen aikaiset rituaalit liittyvät usein syömisen pitkittämiseen ja se voi olla yksi keino säilyttää tunne syömisen hallinnasta. Kauan kestänyt ateria voi merkitä myös, että seuraava ruokailu on hieman lähempänä ja nälkää ei tarvitse kestää aterioiden välillä niin pitkään. Ruokailun jälkeiset rituaalit voivat liittyä energian kuluttamiseen. Varsinkin anoreksiapotilaille kylläinen vatsa voi olla ahdistusta lisäävä. Ruokailurituaaleja on lähes yhtä monta kuin on syömishäiriöpotilaitakin. (Charpentier 2008, 282.) Yhdeksi ruokailun aikaiseksi rituaaliksi hoitajat listasivat ruoan piilottamisen. Keski-Rahkonen ym. (2008) mukaan, ruokailuun voi ilmestyä outoja rituaaleja, kuten ruoan kätkemistä, siirtelyä lautasella, paloitlemista hyvin pieneksi tai maustamalla hyvin voimakkain maustein. Syömiseen liittyvien pakkotoimintojen ja ritu-

aalien on todettu vähenevän ja jäävän pois painon korjaantuessa, jolloin syömishäiriötä sairastavan ajatukset eivät enää pyöri yksinomaan ruoka- ja painoasioissa. (Keski-Rahkonen ym. 2008, 25, 33.)

6.3.3 Hoitajien käyttämät interventiot ruokailutilanteessa

Tulosten mukaan hoitajat näyttävät normaalin syömisen mallia yhdessä ruokaillessaan. McFarlane, Carter & Olmsted (2008) kertovat syömisen normalisoinnin olevan tärkeä ensiaskel syömishäiriön aktiivisessa hoidossa. Normaaliin syömiseen kuuluu ruokaa kaikista ruokaympyrän ryhmistä, myös korkeakalorisia ruokia. Potilaita on opastettava ja neuvottava normaalistetun syömisen eduista ja siitä, kuinka tärkeää on, että he toipuvat syömishäiriöstä. Syömisen normalistaminen on haasteellista syömishäiriöiselle. Siksi työntekijän olisi hyvä mahdollisuuksien mukaan näyttää normaalin syömisen mallia. (McFarlane, Carter & Olmsted 2008, 386.)

Hoitajien mielestä syömishäiriöpotilaan hoidossa on asetettava rajoja ja sovitusta asioista on pidettävä kiinni. Huovisen ja Karppisen (2003) mukaan, hoitohenkilökunnan pitää alusta alkaen yhdessä potilaan kanssa sopia säännöt ja pitää niistä kiinni, koska syömishäiriöpotilaat ovat yleensä haastavia, he saattavat pyrkiä piilottamaan ruokaa ja ”käydä kauppaa” ruokailustaan (Huovinen & Karppinen 2003, 12). Joustavan ja yksilöllisen ohjelman on todettu olevan yhtä hyvä kuin tiukan ja kontrolloivan, koska se kehittää nuoren kykyä huolehtia itsestään. Hoitoympäristön tulisi olla turvallinen, tarjoten selkeät rajat, tukea ja ymmärtämystä. (Käypä hoito 2009.)

Syömishäiriöpotilaan ahdistuksen hallinta oli hoitajien mukaan yksi heidän tärkeimmistä interventioistaan potilaan hoidossa. Charpentierin (2004) mukaan, syömishäiriöisen pelko- ja ahdistusoireet heikentävät hänen kykyään suhtautua realistisesti syömiseen, omaan kehoonsa ja suorituksiinsa. Syömishäiriöpotilas pyrkii lievittämään ahdistustaan oireidensa avulla, oireista luopuminen voi voimistaa ahdistuksen sietämättömälle tasolle. Hoidossa tämä näkyy tavallisesti potilaan kyvyttömyytenä luopua oireistaan, vaikka hänellä olisikin motivaatiota

parantua. Syömishäiriöpotilailla ahdistus voi voimistua esimerkiksi tilanteessa, jossa heidän pitäisi lisätä syömänsä ruoan määrää tai syödä muiden seurassa. Eräänä keinona ahdistuksen hallintaan voi olla rentoutuminen ennen ruokailua. Lisäksi voidaan käyttää affirmaatio-harjoituksia eli sanallisia vahvistuksia ja visualisointi-harjoituksia, jotka auttavat potilasta hallitsemaan ruokailuun liittyvän ahdistuksen tasoa ja syömisen harjoitteluun helpottuu. Ahdistavuuden väheneminen tai häviäminen ruokailutilanteista motivoi potilasta syömään paremmin ja edistää hänen syömiskäyttäytymisensä normalisoitumista. (Charpentier 2004, 3270–3272.)

Yhdessä ruokailun päätavoitteena on saada syömishäiriöpotilas syömään ateriasuunnitelman mukainen ruoka-annos. Hoitajien ammattitaitoa ja kannustusta tarvitaan hyvin paljon, koska syömishäiriöpotilaalle on vaikeaa syödä määrätty annos. Tärkeäksi interventiksi hoitajat kuvasivatkin potilaan kannustamisen. Tulosten mukaan hoitaja voi kannustamalla ja omalla esimerkillään auttaa potilasta ruokailemaan. Käypä hoito suosituksen (2009) mukaan, lasten ja nuorten laihuushäiriön hoidossa käytetään eri menetelmiä, mutta merkityksellisiä seikkoja ovat yhteistyö ja motivointi (Käypä hoito 2009). Tulosten mukaan hoitaja voi hoidollisen keskustelun avulla auttaa potilasta jatkamaan ruokailua. Keskustelu voi tarkoituksellisesti olla myös ajatuksia muualle vievää. Hoitaja voi potilaan kanssa keskustella potilasta kiinnostavista aiheista ja näin lievittää potilaan ruokailun tuottamaa ahdistusta.

6.3.4 Hoitajan tunteet

Hoitajat suhtautuivat työhönsä realistisesti, olivat motivoituneita ja heillä oli halua kehittää yhdessä ruokailua yhtenä hoitokeinona osastolla. Hoitajat kokivat tyytyväisyyttä tekemästään työstä yhdessä ruokaillessaan syömishäiriöpotilaiden kanssa. Heillä oli myös pettymyksen ja tyytymättömyyden tunteita esimerkiksi yhdessä ruokailun toimimattomuudesta. Nissisen (2007) mukaan, myötätuntouupumisen prosessiin vaikuttaa se, miten työntekijä kokee saavuttaneensa työnsä tavoitteet ja se on onko hän voinut vaikuttaa autettavan tilanteeseen. Työtyytyväisyys ja työnilo ovat osa ammattiauttajan arkea ja vaihtelevat päivit-

täin työn eri vaiheissa. Hoitajan auttamiskokemuksiin voi kuulua työn tuomia pettymyksiä, turhautumista ja työn tuoma ammatillinen tyydytys ja kyvykkyyden tunne vaihtelevat. (Nissinen 2007, 78–79.)

Hoitajat kokivat hoitojaksot liian lyhyiksi syömiskäyttäytymisen muuttamiseen. Hoitojakson lyhyys vaikuttaa heidän mielestään yhdessä ruokailun toteutumiseen. Hoitajat olivat pettyneitä yhdessä ruokailun jatkuvuudesta hoitojakson jälkeen. Käypä hoito suositusten (2009) mukaan, sairaalahoidon optimaalisesta pituudesta ei ole tutkittua tietoa. Syömishäiriön uusiutumisen riski kuitenkin saattaa olla pienempi, mitä lähempänä tavoitepainoa kotiin lähtiessä ollaan. Tavoitepainon saavuttaminen ei kuitenkaan saisi olla ainoa kriteeri sairaalahoidon kestolle. (Käypä hoito 2009.)

Yhdessä ruokailu ei ole hoitajille tauko omasta työstään, vaan ruokaillessaan hoitajat tekevät työtään. Bakerin (2005) mukaan, työntekijöinä ja ihmisinä meillä tulisi olla tasapaino yksin ja toisten kanssa viettämämme ajan kesken. Toisille ihmisille tai tietyissä elämänvaiheissa yksinoloon käytetty aika on hyödyllistä ja virkistävää. Toisille se taas saattaa olla olennaisen tärkeää minän terveyden kannalta. On tärkeää itsehoidon kannalta opetella suomaan itselleen hetkellisiä tai pidempiä hengähdystaukoja. Riittävä määrä omaa aikaa on tärkeää. Yksinoloa tarvitaan voimien ammentamiseen ja palautumiseen, vaikkakin henkilö nauttisi sosiaalisista kokemuksista paljon. (Baker 2005, 74.)

Hoitajat pitivät toivon tunnetta olennaisen tärkeänä. Toivo on tärkeää työntekijän ja asiakkaan kohtaamisessa, sen tulisi olla aina mukana yhteistyösuhteessa. Toivo luo uskoa omaan itseensä, selviytymiseen ja luo positiivisuutta sekä uskoa tulevaisuuteen. Sairaudesta selviytyäkseen asiakkaalle ja potilaalle toivo on tärkeää. Aito läsnäolo saa aikaan toivon kokemuksia potilaalle. Toivo ilmenee potilaan vahvistumisena. Toivon ylläpitäminen on muutosprosessi kohti arjen harmoniaa, pois arjen kaoottisuudesta. (Kiviniemi ym. 2007, 107–108, 111.)

Hoitajat olivat tyytyväisiä perheen osallisuuteen perheruokailutapaamisilla. Ruokailutilanne perheen kanssa saattoi aiheuttaa myös pettymystä hoitajille. Aina ei saavuteta toivottua tulosta, vaan vanhemmat saattavat olla vaativia, jolloin yhdessä ruokailun malli ei siirry potilaan kotioloihin hoitojakson jälkeen. Hoi-

toon voidaan liittää erilaisia perhe- tai verkostotyön muotoja. Perheen asioiden äärelle pysähtyminen sekä perheen vaikeuksien ja sen voimavarojen tarkastelu ja niistä keskustelu tuo perheenjäseniä lähemmäksi toisiaan ja heidän välilleen turvallisuutta ja luottamusta. Perhetapaamisilla ja niissä käydyillä keskusteluilla on yleensä suuri merkitys kaikille perheenjäsenille. (Hietala, Kaltiainen, Metsärinne & Vanhala 2010, 153.)

6.4 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Hoitajat kokivat, että yhdessä ruokailun harjoittelulle ei ole aina syömishäiriöpotilaan hoidon aikana riittävästi aikaa. Syömishäiriöpotilaiden hoitoa tulisi kehittää niin, että hoitoajat olisivat pidemmät, jolloin yhdessä ruokailuihin voitaisiin myös panostaa riittävästi.

Ruokailutilan viihtyvyyteen, rauhallisuuteen ja rentouttavuuteen paikkana tulisi kiinnittää huomiota, jotta ruokailu olisi tältä osin mahdollisimman miellyttävä kokemus syömishäiriöpotilaille. Hoitajien kokeman väsymyksen ja turhautumisen tunteiden ennaltaehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota. Jos hoitaja ruokailee yhdessä potilaan kanssa, hoitajalle olisi hyvä turvata tauko potilastyöstä jossakin vaiheessa työpäivää työssä jaksamisen takia.

Tulosten perusteella perheen mukana oloa yhdessä ruokailtaessa tulisi hyödyntää enemmän ja perheruokailumallia tulisi kehittää yhtenä tärkeänä osana syömishäiriöpotilaiden hoitoa. Yhdessä ruokailun toimivuutta potilaan kotona, hoitajakson jälkeen, tulisi tutkia. Syömishäiriöpotilaiden ja hoitajien yhdessä ruokailun tulisi olla normaali käytäntö sekä avo- että osastohoidon aikana. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista saada enemmän tutkimustietoa yhdessä ruokailusta myös syömishäiriöpotilaan näkökulmasta.

LÄHTEET

Baker, E. K. 2005. Työvälineenä oma persoona. Suom. Bergroth, R. Helsinki: Edita Prima Oy.

Charpentier, P. 2004. Ahdistuksen hallinta syömishäiriöiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti (36), 3269–3273.

Charpentier, P. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. 3. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 271-292

Ebeling, H. 2006. Syömishäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino. 118–126.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. 1. painos. Vantaa: Dark Oy.

Herman, C. P., Roth, D. A. & Polivy, J. 2003. Effects of the presence of others on food intake. A normative interpretation. Psychological Bulletin, 129 (6), 873–886.

Hietala, T., Kaltiainen, T., Metsärinne, U. & Vanhala, E. 2010. Nuori ja mieli – koulu mielenterveyden tukena. Latvia: Livonia Print.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Huovinen T. & Karppinen K. 2003. Syömishäiriöpotilaan hoitotyö Tampereen yliopistollisen sairaalan sisätautien osastolla. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Keski-Rahkonen, A., Charpentier, P. & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. 1. Painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Sepänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Päivitetty 20.8.2009. Luettu 19.8.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi33030?hakusana=syomishairio>

Lepola, U. & Koponen, H., 2002. Syömishäiriöt. Teoksessa Leinonen E., Isohanni M., Joukamaa M., Hakola P. (toim.) Psykiatria. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 155–159.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S. & Dare, C. 2001. Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach. USA: The Guilford Press.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 562–594.

McFarlane, T., Carter, J. & Olmsted, M. 2008. Syömishäiriöt. Teoksessa Antony, M. M., Ledley, D. R. & Heimberg, R. G. (toim.) Pysyvä muutos. Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Suom. Koskela, L. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy. 373–424.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 2010. Porvoo: WS Bookwell Oy. 620–622.

Nissinen, L. 2007. Auttamisen rajoilla. Myötätuntuupumisen synty ja ehkäisy. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Rantanen, P. 2004. Nuorten syömishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 324–330.

Rhodes, P. 2003. The Maudsley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: Theory, Clinical, and Empirical Support. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 24 (4). 191–198.

Suomalainen, T. 2010. Parantavia annoksia. Tehy 11, 14–18.

Syömishäiriöliitto – Syli ry. 2005. Kun lapsella on syömishäiriö. Turku. Painotalo Gillot Oy.

Syömishäiriöliitto – Syli ry. 2009. Syömishäiriöt –mistä on kyse? Jyväskylä; Koppijyvä Oy.

Tamminen, T. 2004. Psykosomatiikan teorit. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 318–319.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 1-4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Luettu 23.8.2011.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemushoito. Suositus sairaaloihin, terveyskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Van der Ster, G. 2005. Lupa syödä. Opas syömishäiriöiden hoitoon. Suom. Bergroth R. 2006. Helsinki: Edita Prima Oy.

Viljanen, R., Larjosto, M. & Palva-Alhola, M. 2005. Syömishäiriön ravitsemushoito. 1. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Yhdessä ruokailu

Mitä yhdessä ruokailu syömishäiriöpotilaan kanssa pitää sisällään?

Miten yhdessä ruokailu tukee potilasta?

Interventiot ruokailutilanteessa

Mihin kiinnität huomiota ruokailutilanteessa havainnoidessasi syömishäiriöpotilasta?

Mitkä tavat olet kokenut toimiviksi ruokailutilanteessa?

Oletko kokenut jotkin tavat epätoimiviksi?

Mitä mieltä olet keskustelun/ hiljaisuuden tarpeellisuudesta ruokailutilanteessa?

Hoitajan henkilökohtaiset tunteet ruokailutilanteessa

Mitä tunteita yhdessä ruokailu herättää sinussa?

Mikä on helpointa/vaikeinta sinulle?

Mitkä ovat yhdessä ruokailun hyvät/huonot puolet?



Tampereen ammattikorkeakoulu

Hyvä sairaanhoidon ammattilainen,

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jossa selvitetään yhdessä ruokailutilannetta syömishäiriöpotilaan kanssa. Opinnäytetyössämme käsittelemme hoitajan käyttämiä interventioita ja hoitajan henkilökohtaisia tunteita ruokailutilanteen aikana.

Opinnäytetyön aineisto kerätään ryhmähaastattelun avulla, johon osallistuu kaksi haastattelijaa ja 3-8 sairaanhoidon ammattilaista. Ryhmähaastattelu nauhoitetaan. Haastattelu kestää enintään kaksi tuntia. Tarvittaessa ryhmähaastattelua voidaan täydentää yksilöhaastatteluilla myöhemmin keväällä.

Ennen ryhmähaastattelua Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on oikeus missä vaiheessa tahansa kieltäytyä opinnäytetyöhön osallistumisesta, syytä siihen ilmoittamatta. Opinnäytetyön raportista ei yksittäisiä osallistujia voi tunnistaa. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus – tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Opinnäytetyön tekijät:

Annika Sten
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

Anne Boundy
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

(jatkuu)



Tampereen ammattikorkeakoulu

Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö:

Yhdessä ruokailu syömishäiriöisen potilaan kanssa

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää siitä kysymyksiä.

Ymmärrän, että opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista, ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Tampereella _____._____.2011

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön

Osallistujan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

LIITE 3:1 (6)

TAULUKKO 2. Yhdessä ruokailun muodot

ALALUOKAT:	YLÄLUOKKA:
Ryhmäruokailussa potilaat ja hoitajat ruokailevat yhdessä	Eri yhdessä ruokailun muodot
Kahdenkeskisessä ruokailussa hoitaja ja potilas ruokailevat yhdessä	
Perheruokailussa perhe, potilas ja hoitaja ruokailevat yhdessä	
Perheruokailu perustuu sovellettuun Maudsleyn- malliin	

TAULUKKO 3. Yhdessä ruokailun sisältö

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA:
Ateriasuunnitelma määrittää potilaan ruoka-annoksen	Riittävä ravinnon saaminen
Ravinnon saaminen	
Hoitaja mallintaa normaalia ruokailua	Normaalin ruokailun mallintaminen
Perhe mallintaa normaalia ruokailua	
Toiset nuoret mallintavat normaalia ruokailua	
Ruokailuun liittyvät toimintatavat ja maneerit	Ruokailurituaalit ja ruokailun aikainen ahdistus
Ruokailun aikainen ahdistus	
Keskustelu ruokailun aikana	Ruokailun aikainen keskustelu

TAULUKKO 4. Hoitajien käyttämät interventiot ruokailutilanteessa

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA:
Lievittää potilaan ahdistusta	Hyvän kokemuksen luominen
Rentouttaa ruokailutilannetta	
Luo turvallisuuden tunteen	
Löytää aina jotain positiivista ruokailutilanteesta	
Kannustaa potilasta	Hoidon tavoitteen mieleen palauttaminen
Tukee potilasta	
Herättää toivoa potilaassa	
Asettaa rajoja potilaalle	Käyttäytymisen ohjaaminen sanallisesti
Valvoo potilaan toimintaa	
Ohjaa potilasta sanallisesti	
Toimii yhteistyössä potilaan kanssa	Yksilöllisesti toimiminen
Toimii yksilöllisesti	

Mallintaa käyttäytymistä potilaalle	Esimerkin näyttäminen
Näyttää hyviä käytöstapoja	
Keskustele potilaan kanssa potilasta kiinnostavista aiheista	Keskustelun kautta ajatusten pois siirtäminen ruokailutilanteesta
Keskustele luodakseen rennon tilanteen	

TAULUKKO 5. Hoitajan tunteet

ALALUOKAT	YLÄLUOKKA:
Realistisuus oman työn suhteen	Realistisuus ja mielenkiinto
Oman työn kehittämisen halu	
Mielenkiinto työskennellä	
Ymmärrys ja myötätunto perhettä kohtaan	Ymmärrys ja myötätunto
Ymmärrys nuorta ja nuoren maailmaa kohtaan	
Turhautuminen yhdessä ruokailun vaikuttavuudesta	Turhautuminen ja keinottomuus
Turhautuminen ja keinottomuus hoitokeinojen vaikuttavuudesta	
Väsymys yhdessä ruokailun henkisestä raskaudesta	Työn haasteiden tuoma väsymys
Yhdessä ruokailun kokeminen haasteelliseksi	
Työn tauottomuus	
Tilan ahtaus	

Tyytyväisyys yhdessä ruokailusta ja työstä	Tyytyväisyys
Tyytyväisyys henkilökohtaisista eduista ruokailussa	
Tyytyväisyys perheen mukanaolosta ruokailussa	
Pettymys vanhempien ja perheen yhdessä ruokailun toimimattomuudesta	Pettymys
Pettymys yhdessä ruokailu- mallin siirtymättömyydestä potilaan arkeen	
Lyhyiden hoitajaksojen tuoma pettymys	
Toivo hoidon vaikuttavuudesta	Toivo hoidon vaikuttavuudesta ja jatkuvuudesta
Toivo yhdessä ruokailun jatkuvuudesta potilaan arjessa	